Darrieu, Albert de. 1867

7


AIRIE
ECHEVALIER
e, PARIS VI.

DES TUMEURS DE LA GRANDE LÈVRE

N° 4.

IMPROPREMENT APPELÉES

HYDROCÈLE DE LA FEMME

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER
LE 21 JANVIER 1867

Par Albert de DARVIEU

né à Ganges (Hérault)

Membre de la Société des Sciences médicales, Ancien interne des Hôpitaux de Lyon.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

BOEHM ET FILS, IMPRIMEURS DE L'ACADÉMIE, PLACE DE L'OBSERVATOIRE
Éditeurs du MONTPELLIER MÉDICAL.

1867

A MON PÈRE ET A MA MÈRE.

A MA GRAND'MÈRE.

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE.

A MA FAMILLE.

A MES AMIS.

A. DE DARVIEU.

A M. le Docteur T. BERTRAND,

Professeur-Agrégé libre à la Faculté de médecine de Montpellier,
Ancien Représentant du peuple à l'Assemblée Constituante.

A MM. LES DOCTEURS

GUYÉNOT, Médecin

OLLIER, Chirurgien en Chef

de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

A mes Chefs de Service dans les Hôpitaux de Lyon :

MM. BERNE, BROTEL & GAYET.

A. DE DARVIEU.

AVANT-PROPOS

Sous le nom d'*Hydrocèle chez la femme*, on a confondu les tumeurs éreuses de la grande lèvre, variables, soit par leur siége, soit par leur ature, et dont l'analogie avec les diverses variétés de l'hydrocèle de homme est loin d'être démontrée.

L'incertitude qui règne dans les écrits sur ce sujet doit être attribuée n partie à cette dénomination vicieuse, mais il faut bien reconnaître ue la rareté des faits a eu aussi sa part d'influence; d'ailleurs, les obserations qui ont été publiées ne présentent pas toujours des caractères ssez rigoureux pour permettre de préciser le siége et la nature de l'afction. Il est résulté de ces deux circonstances que les chirurgiens, ominés par des données théoriques, et se plaçant à un point de vue op exclusif, n'ont vu dans les faits de leurs prédécesseurs que des cas mblables à ceux qu'ils avaient eu l'occasion d'observer.

Nous examinons dans ce travail les opinions qui ont été émises et les ses sur lesquelles elles reposent, insistant particulièrement sur une

des variétés qui ont été le plus contestées, l'hydropisie d'un vieux herniaire communiquant ou non avec la cavité péritonéale.

[Dans cette étude, consacrée aux kystes et aux pseudo-kystes de grande lèvre, nous développons un chapitre particulier d'un travail les tumeurs de la vulve, travail que nous nous proposons de pub de concert avec le Dr E. Conche (de Lyon). Nous sommes heureux remercier notre ami des documents qu'il a mis à notre disposit et des conseils qu'il a bien voulu nous donner.]



DES

TUMEURS DE LA GRANDE LÈVRE

IMPROPREMENT APPELÉES

HYDROCÈLE DE LA FEMME



Historique et Division.

Les auteurs anciens ne paraissent pas avoir cherché à déterminer le siége « tumeurs aqueuses » de la vulve qui s'offraient à leur observation.

Aétius donne de vagues conseils thérapeutiques.

L'observation de Paré [1], celle de Potier [2], ne sont pas accompagnées de ails suffisants pour que l'interprétation en soit possible.

Les ouvrages antérieurs à Desault ne nous fournissent aucune donnée le. Ce chirurgien fut le premier qui, rencontrant un kyste séreux de la nde lèvre, donna de cette tumeur une description assez exacte, quoique uffisante, et essaya d'en caractériser la nature. Ce kyste, qui pour Desault

[1] Liv. VII, chap. 18.
[2] Obs. chir. de Bonet, tom. IV, pag. 492.

Les auteurs qui ont cherché à préciser le siége de l'hydrocèle sont, avons-nous dit, loin de s'entendre à cet égard, et diverses opinions ont été soutenues.

Regnoli[1] admet cinq variétés :

1° et 2° Hydrocèle enkystée et hydrocèle diffuse du ligament rond ;

3° et 4° Hydrocèle du canal de Nuck oblitérée ou communiquant avec le péritoine ;

5° Hydrocèle d'un sac herniaire.

Pour Velpeau[2], les kystes séreux de la grande lèvre peuvent reconnaître deux origines :

Une tumeur hématique transformée,

L'hydropisie d'une bourse séreuse, un hygroma.

Brochon[3], enfin, essaie de démontrer que le sac dartoïque est le siége de l'épanchement séreux.

Nous examinerons successivement toutes ces variétés, nous réservant d'en intervertir l'ordre, pour éviter des répétitions*.

Hydrocèle enkystée et Hydrocèle diffuse du ligament rond.

L'analogie que les auteurs, Scarpa en particulier, ont cherché à établir entre le ligament rond chez la femme et le cordon spermatique chez l'homme, a été le point de départ d'une confusion regrettable, car la ressemblance

[1] Arch. génér. de méd., 2e série, tom. V; 1834.

[2] Dict. de méd. en XXX vol., tom. XV, art. *Hydrocèle*, et Méd. opér., tom. IV.

[3] De l'hydrocèle dartoïque chez la femme. (Thèse de Paris, 1859, n° 172.)

* Nous voudrions, pour être complet, étudier aussi le kyste hydatique, qui peut se rencontrer dans la région inguinale ou dans la grande lèvre ; mais les documents nous paraissent insuffisants.

Parmi les cas de cette affection observés à la vulve ou dans son voisinage, nous devons citer l'observation insérée par Bertherand dans la *Gazette médicale de l'Algérie* (1862, pag. 75) il s'agit d'un kyste situé immédiatement au-dessus de l'arcade crurale et soulevant transversalement les téguments. Guyon a disséqué un kyste qui occupait le canal inguinal et envoyait, à travers l'aponévrose du grand oblique, un prolongement sous-cutané (Bulletin de la Soc. anatom., 1861, 2e série, tom. VI, pag. 383). Dans les deux cas, la présence des acéphalocystes a été constatée.

supposée des deux organes a fait conclure à la similitude de leurs maladies, et les chirurgiens de Pavie, Paletta, Sacchi, Regnoli, ont publié des observations pour démontrer l'existence de l'hydrocèle du ligament rond, admise par leur illustre prédécesseur.

Peut-on faire du ligament rond l'analogue du cordon spermatique? Nous ne trouvons entre ces deux organes aucun rapport, soit anatomique, soit physiologique. Le cordon comprend un canal excréteur et des éléments très-variés, nécessaires à la nutrition et au fonctionnement d'une glande; ces diverses parties, reliées entre elles par du tissu cellulaire, constituent un faisceau, de composition complexe, qui occupe une partie du scrotum, toute la longueur du canal inguinal, et dont les éléments se dissocient dans la cavité abdominale. Le ligament rond, au contraire, réduit à des fibres musculaires et conjonctives, contenant quelques vaisseaux, n'a que des fonctions mécaniques qui s'exercent sur un organe intra-pelvien, l'utérus.

D'après les dissections de Thompson, de Velpeau, confirmées par celles plus récentes de Rainey [1], de Morpain [2], Vidal, Duplay [3], le ligament rond ne parcourt pas le trajet inguinal, et n'atteint pas le sommet de la grande lèvre. La portion inguinale du ligament rond ne nous a jamais présenté un faisceau comparable à la portion abdominale. Les fibres qui le constituent se dissocient dès qu'elles traversent l'orifice inguinal profond; les unes s'insèrent sur le pubis, les autres s'éparpillent en patte de canard, de manière à former une membrane sans épaisseur, transparente, sur laquelle on remarque quelques lignes rouges, dernières ramifications des vaisseaux. Les fibres qui forment cette membrane se perdent à diverses hauteurs sur la paroi postérieure du trajet inguinal; il en est que nous n'avons pu suivre: fines et déliées, elles se perdaient insensiblement. Dans un ligament rond, quelques fibres ont pu être suivies jusqu'à l'anneau externe. Des ligaments ronds dont les veines étaient variqueuses dans presque toute leur longueur, se terminaient comme tous les autres.

Il résulte des détails dans lesquels nous sommes entré, que le ligament

[1] Arch. gén. de médecine, 1852.

[2] Étud. anat. et pathol. des grandes lèvres. (Thèse de Paris, 1852, nº 278.)

[3] Des collect. séreuses et hydat. de l'aine. Paris, 1865.

rond ne doit pas être comparé au cordon, et c'est avec raison que J. Cloquet, Richet, etc., voient dans l'organe féminin l'analogue du *gubernaculum testis*, analogie confirmée par l'embryogénie.

Il n'est pas plus logique d'attribuer au ligament rond les lésions dont peut être affecté le cordon spermatique.

L'hydrocèle enkystée du cordon a le plus souvent son origine, soit dans les vestiges du corps de Rosenmüller, le corps innominé de Giraldès, soit dans les *vasa efferentia* du testicule. Rien, dans le ligament rond, ne rappelle une pareille disposition.

D'autres causes ont été invoquées pour expliquer l'hydrocèle enkystée chez l'homme : telles sont les vestiges du conduit vagino-péritonéal et un kyste développé dans les mailles du tissu cellulaire qui réunit les éléments du cordon.

La première de ces deux causes, considérée chez la femme, se rattache à l'étude du canal de Nuck et sera examinée dans le prochain chapitre ; quant à la seconde, nous ne pouvons voir dans le tissu cellulaire qui accompagne dans le canal inguinal les filaments vasculaires du ligament rond, les éléments possibles d'un kyste.

Nous en dirons autant de l'hydrocèle par infiltration, et nous ferons remarquer que l'existence de cette dernière lésion, même chez l'homme, a rencontré des contradicteurs ; Vidal (de Cassis) ne l'a jamais observée et met en doute son existence.

Certains faits pathologiques sont propres à éclairer cette question. Le cadavre d'une femme de soixante et quinze ans, morte à la suite de lésions cardiaques, présentait une anasarque très-prononcée avec ascite. L'infiltration des grandes lèvres occupait non-seulement la couche sous-cutanée, mais aussi le tissu cellulo-adipeux situé à l'intérieur du sac dartoïque ; celui-ci était très-apparent. Il n'existait de sérosité ni dans l'épaisseur du ligament rond, ni dans le tissu cellulaire du trajet inguinal. L'examen de trois sujets pris dans les mêmes conditions a donné le même résultat. Nous nous proposons de continuer ces recherches et d'examiner comparativement la part que le ligament rond et le cordon spermatique peuvent prendre à l'infiltration générale.

Une expérience d'amphithéâtre, facile à répéter, nous a permis de juger de la différence avec laquelle se produit l'infiltration artificielle, selon que l'on

opère sur le cordon spermatique ou sur le ligament rond. Si l'on fait pénétrer dans ces deux organes l'extrémité presque capillaire d'un tube à évasement supérieur et plein d'eau, on remarque que, tandis que l'infiltration est rapide et générale dans le cordon, elle est, au contraire, lente et partielle dans le ligament rond; nous n'en avons jamais trouvé de traces dans le canal inguinal.

C'est donc par une hypothèse mal fondée que l'hydrocèle du ligament rond a été admise, et les faits considérés comme des exemples de cette variété de kyste séreux ont été mal interprétés. Nous nous contenterons de rapporter le suivant :

Première observation.—Catherine Rybaud, âgée de 30 à 32 ans, femme de la cam-agne, ayant toute l'apparence de la santé, mère de quatre enfants, s'adressa à M. Fle-ming pour un bandage herniaire, le 19 juin 1852.

A l'examen, M. Fleming reconnut toutes les apparences d'une hernie inguinale oblique t complète, située du côté droit. La tumeur avait apparu, pour la première fois, six mois nviron auparavant. Elle ne pouvait l'attribuer à aucune cause spéciale ; elle disparaissait ins la position horizontale; elle n'était accompagnée d'aucun malaise abdominal; les nctions de l'intestin étaient assez régulières.

Cette tumeur occupait la place ordinaire de la hernie inguinale; elle remplissait et dis-ndait le canal inguinal ; elle était de forme cylindrique, un peu plus large en bas qu'en iut, ne variant pas de position ni de volume; ce dernier approchait de la grosseur d'un if d'oie. Elle était tendue, libre de toute résonnance tympanique à la percussion; à sa rtie inférieure, elle donnait une sensation distincte de fluctuation; sa transparence ne uvait être complètement reconnue; la toux la poussait en avant, mais plutôt en impri-int une secousse en masse qu'en l'affectant autrement. A sa partie supérieure, elle était conscrite très-distinctement, tandis que l'abdomen, mou et compressible, permettait le is complet isolement et rendait distinctement perceptible au toucher le ligament rond.

Fleming en conclut que la tumeur n'était pas une hernie, que c'était une hydrocèle kystée du ligament rond. Quelques jours après l'avoir fait entrer à l'hôpital, il fit la nction et donna issue à environ 6 ou 8 onces d'un liquide ayant tous les caractères qu'on uve dans celui de l'hydrocèle ordinaire de la tunique vaginale. La tumeur disparut npletement, et on put sentir les deux anneaux abdominaux interne et externe agrandis; canal était presque effacé, tellement ils étaient rapprochés.

Quelques jours après, le liquide se reproduisit de nouveau ; lorsqu'il y en eut environ nces, M. Fleming fit de nouveau la ponction et poussa une injection iodée dans le sac. suites n'offrirent rien de particulier. Tout se passa comme chez l'homme. La tumeur

se solidifia et diminua graduellement jusqu'à ce que la malade quittât l'hôpital. On l
donna un bandage [1].

Les renseignements donnés par la malade établissent formellement la na
ture de la tumeur : celle-ci était constituée par l'hydropisie d'un vieux sa
herniaire déshabité et oblitéré. Il est probable que le cordon distinctemen
perçu par le chirurgien et regardé par lui comme le ligament rond n'éta
autre chose que le pédicule plein qui reliait le sac au péritoine abdominal.

Pour J. Cloquet [2], la plupart des hydrocèles enkystées du cordon testicu
laire ont pour siége de vieux sacs herniaires oblitérés ou le canal vagin
péritonéal. Ces hydrocèles sont surmontées d'un pédicule. « Il en est de mêm
des tumeurs enkystées du ligament rond des grandes lèvres chez les femmes.
En faisant nos réserves pour le canal de Nuck, nous ne pouvons qu'adopte
l'opinion de l'habile anatomiste, pour lequel les hernies ont été un sujet to
spécial de recherches, opinion que nos observations confirment, et qui se
développée plus loin.

Hydrocèle du canal de Nuck enkystée ou communiquant avec le péritoin

Le canal de Nuck existe-t-il? Sur la foi des dissections de Camper,
Wrisberg, les auteurs classiques, Malgaigne, Richet, Gosselin, admettent
diverticule péritonéal ; mais rien dans leurs ouvrages ne peut faire supposer qu'i
en ont constaté eux-mêmes l'existence. J. Cloquet l'a trouvé chez des femm
de tout âge ; d'après ce chirurgien, ses adhérences très-intimes au ligame
rond permettraient de distinguer le canal de Nuck des sacs herniaires. Cepe
dant, dans l'observation VII, où il s'agit évidemment d'un vrai sac herniaire
non du canal de Nuck, nous verrons quelque fibres du ligament rond se perd
sur le pédicule de la tumeur. Cruveilhier a trouvé le canal de Nuck persista
sur des femmes de la Salpêtrière ; cette affirmation n'est accompagnée d'a

1 Gaz. méd. de Paris, 1855, n° 10.

2 Recherches pathol. sur les causes et l'anatomie des hernies abdominales. (Thèse
concours. Paris, 1819, pag. 70.)

une description propre à la confirmer, et rien ne prouve qu'elle ne soit pas résultat d'une confusion entre le canal de Nuck et un canal péritonéal ccidentel; il n'y a d'ailleurs qu'une différence entre les deux, c'est que le remier est congénital.

Nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons exposé à propos du ligament ond, nous contentant de rappeler que ce ligament ne parcourt pas le trajet guinal; la conclusion banale de cette disposition, c'est que le péritoine ne ut pas l'y accompagner (Velpeau), et ne peut s'y trouver que poussé par un gane; mais le diverticule constitue dans ce cas un véritable sac herniaire.

Nous avons vainement cherché le canal de Nuck; malheureusement nos re- erches, entreprises trop tard, n'ont pu porter que sur des sujets de quelques ois, et ont été trop peu nombreuses pour avoir de la valeur. Nous nous puyons plus volontiers sur les dissections de Duplay, qui a envisagé cette estion au point de vue où nous nous plaçons. Duplay a examiné vingt-cinq tus à différents âges, depuis quatre à cinq mois jusqu'au moment de la nais- nce; il a toujours obtenu un résultat négatif.

«En examinant du côté de l'abdomen, au niveau du point où le ligament nd pénètre dans les parois abdominales, on voit le péritoine recouvrir, en se primant légèrement, l'orifice supérieur du canal inguinal, pour se réfléchir médiatement sur le ligament rond, qu'il entoure complètement.

» En se portant ainsi des parois abdominales sur le ligament rond, le péri- ne forme un double pli semi-lunaire dont les bords, libres, concaves et is ou moins saillants, limitent, en dehors du ligament rond, une dépres- n ou une fossette dont la profondeur varie. Lorsqu'on vient à exercer s tractions sur la paroi abdominale, on voit cette fossette se prononcer vantage et simuler chez certains sujets l'ouverture d'un véritable canal. Mais st facile de s'assurer que cette disposition n'est qu'apparente, qu'elle est due e que, en tirant sur la paroi abdominale et sur le péritoine, on augmente la llie des replis qui se portent sur le ligament rond, et par suite la profon- ur de la dépression qu'ils circonscrivent; qu'au niveau de cette dépression, séreuse passe au-dessus de l'orifice supérieur du canal inguinal, sans s'y foncer, et enfin que, dans aucun cas, on ne saurait assimiler cette simple

fossette à l'ouverture d'un canal séreux se prolongeant dans l'intérieur d
trajet inguinal [1].

L'auteur montre avec quelle facilité on peut créer un véritable canal, so
en tiraillant le tissu cellulaire et les vaisseaux qu'on rencontre dans le traj
inguinal, soit en déprimant la fossette avec un stylet mousse. Il pense que l
anatomistes qui ont admis le canal de Nuck l'ont produit artificiellement o
ont eu affaire à des sacs herniaires.

Imitant la réserve de Duplay, nous ne nierons pas systématiquement l'exi
tence du canal de Nuck, mais nous ne pouvons l'admettre qu'après démo
stration.

Les chirurgiens de Pavie, qui ne doutent pas de l'existence du canal de Nuc
ont publié des observations d'hydrocèle développée dans ce diverticule oblitér
Dans le cas de Sacchi, l'hydrocèle avait certainement pour siége un vieux s
herniaire, et le cordon ligamenteux qui se prolongeait dans la direction d
diamètre longitudinal de la tumeur en était le pédicule. Cette observation pe
se résumer ainsi : hernie inguinale ; bandage, oblitération du collet ; hydro
pisie du sac ; incision, péritonite ; guérison.

Obs. II. — Marie Franceski, âgée de 60 ans, d'une constitution débile, profession
domestique, entra à l'hôpital civil de Venise, le 31 octobre 1827, pour une tumeur vol
mineuse qu'elle portait dans la région inguinale droite ; voici ce que la malade m'app
sur l'origine et les progrès de cette tumeur : A l'âge de 31 ans, elle devint enceinte po
la première fois, et, pendant les efforts de l'accouchement, il parut dans l'aine droite u
tumeur qui devint très-douloureuse et par cela même qui retarda beaucoup l'accouch
ment. Après la sortie de l'enfant, la sage-femme fit assez aisément disparaître la tumeu
l'aide de pressions modérées, et recommanda à la malade de porter un bandage, par
que, lui dit-elle, elle avait une hernie : le conseil de la sage-femme fut suivi exacteme
Depuis cette époque, Marie F.... eut deux autres accouchements, sans que la hern
toujours maintenue par le bandage, donnât lieu au moindre accident ; toutefois, la mala
n'apportant pas toujours la même attention dans l'application du bandage, il fallut, à pl
sieurs reprises, qu'elle-même ou un chirurgien fît rentrer la tumeur.

Marie F.... arriva ainsi jusqu'à sa 58e année, époque à laquelle elle commença à s'
percevoir que, de quelque manière qu'on comprimât la tumeur, elle ne disparaissait pl

[1] Duplay, *loc. cit.*, pag. 19.

complètement comme auparavant, et qu'il en restait toujours une partie très-saillante malgré la présence du bandage. Depuis deux ans, elle s'était aperçue de cet accroissement dans la tumeur (31 octobre 1827), quand un jour, en montant un escalier chargée d'un fardeau, elle sentit tout à coup la hernie sortir davantage. Elle tenta d'en opérer elle-même la réduction, mais inutilement. Un chirurgien fut appelé, et, ne réussissant pas mieux, il conseilla à la malade de se faire porter à l'hôpital. Le chirurgien de garde, qui la reçut au milieu de la nuit, crut convenable de pratiquer une saignée, d'appliquer des topiques émollients sur la tumeur, en plaçant la malade le bassin relevé par un oreiller et les cuisses rapprochées et fléchies sur le ventre. Le lendemain matin 1er novembre, j'observai pour la première fois la malade : elle portait une tumeur énorme située dans la partie supérieure de la région inguinale droite, de forme irrégulièrement cylindrique, recouverte par la peau, qui était saine, indolente, mais rénitente ; elle se portait obliquement en bas dans la direction du canal inguinal, et occupait le tiers supérieur de la grande lèvre de la vulve. Le sang extrait par la saignée n'offrait aucuns caractères d'inflammation. La malade était abattue, la face pâle, à l'exception des pommettes où existait une rougeur circonscrite de la peau ; langue blanchâtre, nausées continuelles, et de temps en temps vomissements de matières fétides ; pas de selles depuis la veille, ventre mou et sans douleur à la pression, pouls petit, fréquent, tumeur nullement douloureuse au toucher. La malade répondait difficilement aux questions qui lui étaient adressées. Interrogée à plusieurs reprises pour savoir quel était le point précis où la tumeur s'était manifestée d'abord, et ... elle apparaissait ordinairement depuis, la malade portait le doigt sur le milieu de la tumeur, et précisément au point d'où sort le ligament rond de l'utérus, conséquemment à l'anneau inguinal.

Dans cet état de choses, il était inutile de revenir encore aux moyens ordinaires de réduction qui avaient été déjà tentés sans aucun résultat ; aussi fut-on unanimement d'avis de recourir à l'opération de la hernie, d'autant mieux que chacun pensait qu'il y avait étranglement d'une hernie inguinale. En conséquence, elle fut pratiquée immédiatement par le docteur Berlam...... Les téguments furent d'abord incisés dans toute l'étendue du diamètre longitudinal de la tumeur, les couches sous-jacentes furent disséquées successivement et laissèrent à découvert une membrane lisse assez épaisse, d'un blanc perlé, dont l'ouverture fut suivie de l'écoulement d'une grande quantité de sérosité jaunâtre ; la cavité qui la contenait était parfaitement close dans toute son étendue, et tapissée par une membrane lisse et polie. Ce sac membraneux adhérait à un cordon ligamenteux qui se prolongeait dans la direction du diamètre longitudinal de la tumeur. L'évacuation du liquide fit disparaître aussitôt la presque totalité de la tumeur, mais à l'exception d'une portion qui était située dans la portion inférieure du pli de l'aine. La cavité qui contenait le liquide fut remplie de charpie molle maintenue par quelques compresses et un bandage en T. On prescrivit à l'intérieur une émulsion d'amandes douces nitrée et un lavement

huileux. Dans la soirée, la malade eut des selles abondantes, les nausées et les vomissements ne reparurent plus ; toutefois l'état d'abattement et de stupeur persévérait.

Le lendemain 2 novembre, les symptômes étaient les mêmes, et dans la soirée une fièvre violente se déclara ; le pouls était dur et très-fréquent. Quoique le ventre restât souple et indolent, on pratiqua néanmoins une saignée de dix onces. Le jour suivant (3 novembre), le troisième depuis l'opération, la malade était presque sans fièvre ; la plaie commença à suppurer. Le sang extrait par la saignée n'était aucunement couenneux. Le 4e jour, la suppuration était tout à fait établie et la fièvre entièrement disparue. La cicatrisation fit journellement des progrès, et elle était complète le 30 novembre.

J'ai dit qu'après l'ouverture du sac il était resté une petite tumeur située dans la partie inférieure de la région inguinale. On remarquera qu'elle avait toujours existé pendant la durée du traitement consécutif à l'opération. Mais aussitôt que la malade put se lever, cette tumeur augmenta notablement de volume, et il fut aisé de reconnaître que c'était une hernie fémorale, que la plus légère pression faisait rentrer sans difficulté..... Un bandage fut appliqué [1].

L'observation suivante est moins précise et mérite particulièrement le reproche adressé par Aubenas à la classification de Regnoli : « On ne connaît aucune autopsie qui démontre irrécusablement le siége de l'hydrocèle dans l'un ou l'autre des points indiqués [2]. » Les antécédents paraissent avoir été notés avec soin, ils sont négatifs ; aussi, quoique nous ne puissions attacher une grande valeur aux renseignements donnés par une enfant, nous ne présentons pas ce cas comme un exemple indiscutable de kyste herniaire ; cependant cette interprétation est rendue probable par la présence des deux vésicules limpides qui nous paraissent être des diverticules du sac, des sacs surnuméraires, tels que celui de l'observation VII. L'auteur lui-même est indécis.

Obs. III. — Ilaria, des Innocents, de Pise, âgée de 11 ans, de forte constitution, ayant toujours joui d'une bonne santé, vit, sans pouvoir l'attribuer à aucune cause, une tumeur à l'aine gauche, qui s'accrut très-vite sans douleur ni malaise. Elle entra dans la salle de clinique de cet hôpital, dans la matinée du 17 juillet 1852. Pour bien établir le diagnostic, j'examinai les symptômes qui avaient précédé et ceux qui existaient. D'abord, je me suis convaincu qu'elle n'était pas une hernie inguinale, en considérant que la tumeur avait paru sans violents efforts, qu'elle ne rentrait pas et qu'elle n'était jamais rentrée dans

[1] Sacchi ; Arch. génér. de méd., 1re série, tom. XXVI, pag. 379 ; 1831.
[2] Des tumeurs de la vulve. (Thèse d'agrég. Strasbourg, 1860.)

'abdomen, que son volume n'augmentait pas par le saut, par la marche et par la toux; nfin, en considérant que je n'ai pas senti de communication directe, sous les efforts ex-iratoires, entre la tumeur et les parties contenues dans le bas-ventre. En portant mon ttention sur l'apparition spontanée de la tumeur, sur son rapide développement (en vingt ours elle avait acquis le volume d'un œuf de poule), sur sa mollesse et son élasticité, sur a figure allongée, sa situation entre le canal inguinal et la grande lèvre correspondante, t surtout sur sa transparence à la lumière de la chandelle, j'ai jugé, sans crainte de me romper, qu'il y avait une tumeur enkystée séreuse, ou mieux une hydrocèle du ligament ond. Le liquide qui ne rentrait pas dans la cavité de l'abdomen, sous la pression la plus orte; la tumeur, qui n'acquérait ni tension ni volume par les efforts de la toux, et la onne santé de la malade, m'ont démontré qu'il ne s'agissait pas d'épanchement dans le as-ventre entre le prolongement péritonéal, ou d'une hydrocèle congénitale. Il m'a été ifficile d'établir si cette sérosité était accumulée dans un kyste anormal ou dans le canal e Nuck, ne communiquant plus avec la cavité du péritoine. Enfin, comme la petite fille 'avait jamais été affectée de hernie inguinale, j'ai exclu l'idée d'une hydrocèle d'un sac erniaire.

Ayant ainsi déterminé la nature de cette tumeur inguinale, je me décidai à agir direc-ment par l'opération, comme on le fait pour les tumeurs enkystées en général. Dans la atinée du 19 juillet 1852, après avoir fait coucher la petite fille horizontalement et de la ême manière que dans l'opération de la hernie, avec un bistouri convexe je fis sur la artie moyenne de la tumeur une incision aussi longue que la tumeur même. D'abord, intéressai seulement les téguments, et ensuite toutes les lames aponévrotiques qui cou-raient le kyste, que je coupai avec des ciseaux, les unes après les autres, en les soulevant l'aide de pinces. Je continuai ainsi sans être gêné par l'écoulement sanguin, et arrivai la face externe du sac, laquelle avait toute l'apparence de la face externe du péritoine. lors je pris avec les pinces une portion du sac vers l'extrémité inférieure qui se trouvait ı-dehors de l'ouverture inguinale externe; je la coupai et l'enlevai: il s'était écoulé trois quatre onces d'un liquide limpide, incolore. M'apercevant que le reste du sac pouvait isoler avec facilité des parties voisines, j'en enlevai une partie, en laissant seulement portion qui était renfermée dans le canal inguinal et celle qui adhérait au ligament ond. Je fis observer aux élèves la facilité que j'avais à introduire dans l'ouverture in-uinale externe et dans le canal l'extrémité de mon doigt index, et je signalai deux vé-cules très-limpides, de la grosseur d'une noisette, que j'enlevai avec les ciseaux. Après voir terminé ainsi cette simple et facile opération, j'introduisis de la charpie dans la laie, dans le but de faire changer la nature de la portion de kyste restée et de pré-enir une rechute; j'appliquai par-dessus des compresses qui furent tenues en place au oyen d'un spica. La petite fille n'a pas donné signe de beaucoup de douleur pendant opération, qui a été très-courte. Je lui prescrivis l'immobilité du membre gauche, avec la

diète ordinaire aux opérés. Dans la première journée il ne survint aucun accident; mais dans la matinée suivante il y eut des douleurs abdominales, de la constipation, de la tuméfaction du ventre et de la fièvre. La partie opérée était très-peu douloureuse, même sous la pression; le ventre au contraire était douloureux. Ces accidents furent calmés par de légers purgatifs, des fomentations et des emplâtres émollients, et le troisième jour de l'opération le ventre était dans un état naturel. La plaie, qui suivit une marche régulière était cicatrisée le 8 août, époque à laquelle la malade a quitté l'hôpital [1].

Hydrocèle dartoïque.

La communication de Broca à la Société anatomique (mars 1851) fut le point de départ de nouvelles études sur l'hydrocèle de la femme. Si la disposition et la structure du sac dartoïque ont été discutées, si son analogie avec le dartos de l'homme a été généralement repoussée, son existence a été admise, au moins pour la pluralité des cas, et Broca a pu dire avec raison : «La connaissance de ce petit appareil membraneux jette le plus grand jour sur l'histoire des maladies de la grande lèvre.» Ce sac, en effet, est disposé de manière à recevoir les organes abdominaux qui s'échappent par le canal inguinal ; il donne sa forme et présente un obstacle à toute tumeur qui, logée primitivement ou consécutivement dans sa cavité, acquiert un certain développement.

C'est ce sac dartoïque qui constituerait lui-même la poche de l'hydrocèle décrite par Brochon sous le nom d'*hydrocèle dartoïque.*

A propos de l'étiologie, l'auteur ne dissimule pas son embarras ; il admet une hydrocèle primitive, quoique le sac soit dépourvu d'épithélium, et, invoquant pour quelques cas une irritation mécanique, il reconnaît que cette étiologie est peu connue.

Une seule observation sert de fondement à cette théorie, observation que nous n'hésitons pas à reproduire comme un cas de kyste herniaire; telle est aussi l'interprétation que lui donne le professeur Richet.

Les caractères différentiels donnés par Brochon à l'hydrocèle dartoïque

[1] Regnoli, *loc. cit.*, pag. 128.

oatité, rénitence, transparence, peuvent s'appliquer, soit à un kyste herniaire, oit à toute autre collection séreuse enkystée. D'ailleurs, la tumeur qui a servi e type à la description des symptômes, présente cette singularité qu'il a été mpossible d'en constater la transparence, signe qui dépend tout autant de 'état des parois que de la nature du liquide.

Obs. iv. — Le 25 juin 1857 est entrée à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Roert, la nommée M..., âgée de 39 ans, journalière, mariée. Cette femme, d'une constitution ssez médiocre, n'a jamais été réglée très-régulièrement; elle a eu plusieurs enfants, dont dernier est mort il y a neuf ans.

Il y a six ans, au dire de la malade, à la suite d'une fatigue apparut, vers la partie ipérieure de la grande lèvre gauche, une tumeur de la grosseur d'un petit œuf, peu douureuse et rentrant facilement dans le ventre. Au bout d'un an, la tumeur, déjà un peu us douloureuse, avait acquis le volume du poing. Pendant les quatre ou cinq années qui iivirent, le mal alla toujours en augmentant. Il y a trois mois seulement, la malade nsulta un médecin, qui lui fit porter un bandage. Vers la fin de mai 1857, il devint imssible de réduire la tumeur; un suspensoir fut conseillé à la malade. A partir de ce oment, la dureté de la tumeur alla en augmentant et força la malade à entrer à l'hôpital. La grande lèvre du côté gauche est distendue par une tumeur énorme, de forme régurement ovoïde et descendant entre les cuisses de la malade. Son grand axe, verticaleent dirigé, a une étendue de 20 centimètres. La petite circonférence, vers la partie édiane, mesure 30 centimètres; son extrémité inférieure se trouve située dans le fond ı cul-de-sac formé aux dépens de la peau de la grande lèvre, distendue outre mesure. extrémité supérieure est située dans la région inguinale, au voisinage de l'ouverture térieure du canal. En mettant un ou plusieurs doigts sur cet orifice et en faisant tousser malade, on constate qu'aucune anse intestinale n'entre dans la tumeur, et que celle-ci t tout à fait indépendante de l'intestin. La peau de la grande lèvre a conservé sa colotion normale, et glisse assez facilement sur le mal qui, dans ce moment, est fortement ndu. La fluctuation est manifeste, seulement il est impossible de constater la transpance. A la percussion, on perçoit un son complètement mat; la pression est peu doureuse.

Depuis trois ou quatre mois, les règles sont revenues un peu plus régulièrement. Toutes fonctions sont bien conservées, seulement il existe de la constipation, et la malade a aucoup d'éructations depuis quelque temps.

Le 26, on fait avec un trois-quarts explorateur de trousse, une ponction à la partie anieure et inférieure de la tumeur. Il s'écoule par la canule un liquide séreux, jaune, ut à fait analogue au liquide de l'hydrocèle de l'homme. On en retire 800 grammes;

ce liquide est fortement albumineux ; les dernières portions sont assez difficiles à expulser à cause du retrait des parois du kyste sur elles-mêmes.

La peau, très-complètement rétractée, permet de sentir les parois assez dures de c kyste. Une légère injection iodée, poussée par la canule, est maintenue dans la poch pendant deux ou trois minutes environ. Comme pansement, on établit une compressio à l'aide d'un spica de l'aine.

Le 27, la tumeur a repris à peu près les deux tiers de son volume primitif ; à la part supérieure on sent une espèce d'induration, semblant se propager dans le canal inguina Pas un point de douleur ; l'état général n'offre rien de particulier.

Le 29, la tumeur devenue piriforme a encore augmenté un peu ; plus de fluctuation l'on constate de l'œdème à la partie inférieure de la tumeur, qu'on maintient élevée à l'ai d'un suspensoir.

Le 30, diminution très-notable.

Le 6 juillet, la tumeur diminue toujours, seulement avec assez de lenteur. Les dime sions sont : en longueur, 15 centimètres ; selon la petite circonférence, 28 centimètres. l malade sort aujourd'hui, promettant de revenir dans une dixaine de jours. A sa rentré le 22 du même mois, les dimensions de la tumeur sont les mêmes.

Le 23, M. Robert procède à l'opération. Il fait à la partie antérieure de la tumeur de incisions semi-elliptiques, comprenant dans leur épaisseur un lambeau de peau ; la d section des deux bords de la plaie permet d'énucléer la tumeur formée par une coq fibreuse de 4 à 5 millimètres d'épaisseur, et contenant dans son intérieur de la sérosit peu près limpide. L'extrémité supérieure de cette coque, formant un cul-de-sac qui se pr longe vers le canal inguinal, est seule conservée. Cette vaste plaie est remplie de charp Le lendemain, état général excellent, pas de fièvre.

La suppuration commence d'une façon régulière, mais la cicatrisation ne marche qu'av une extrême lenteur. On est obligé d'employer le nitrate d'argent et les pansements styrax, à partir du 10 août.

Le 24, la cicatrisation a fait des progrès ; il ne reste plus qu'une plaie de 5 à 6 centi de longueur sur 2 à 3 de profondeur. Les deux bords de la plaie sont comme hypertrophi de telle sorte que la grande lèvre du côté gauche conserve un volume plus que double celle du côté droit. La malade est sortie du service le 30 août ; à ce moment, la cicat sation était complètement terminée[1].

Le mode de développement de la tumeur se rapporte évidemment à kyste herniaire qui, formé primitivement au sommet de la grande lèvre, n

[1] Brochon; *loc. cit.*, pag. 29.

envahi celle-ci qu'en augmentant de volume. La réductibilité de la tumeur, à son début, établit suffisamment sa nature.

L'énucléation facile montre bien que la poche n'était pas constituée par le sac dartoïque. Celui-ci adhère, en effet, à la branche ischio-pubienne et au repli qui sépare la grande lèvre de la nymphe, et son union avec l'aponévrose périnéale superficielle est, en plusieurs points, si intime que Richet le considère comme formé par le dédoublement de ce feuillet.

Nous ferons remarquer, enfin, que la poche ne contenait que de la sérosité. Mais le sac dartoïque n'est pas vide à l'état normal, et il est difficile d'admettre l'entière disparition de la masse cellulo-adipeuse qui ne fait jamais défaut, même chez les sujets les plus maigres.

Cet examen de l'opinion et de l'observation de Brochon nous amène à rejeter l'hydrocèle dartoïque.

Hydrocèle hématique.

Le travail de Deneux appela l'attention des chirurgiens sur le thrombus de la vulve, affection considérée jusque-là comme rare, parce qu'elle était souvent méconnue[1] ; depuis lors, les observations se sont multipliées, et parmi les travaux que ce sujet a fait naître, nous devons citer en première ligne ceux de Velpeau et de Blot ; ces deux auteurs se complètent l'un l'autre, étudiant le thrombus, le premier en dehors de la puerpéralité, le second comme complication de l'accouchement.

La grossesse, ayant pour conséquence le développement du système vasculaire pelvien, crée une prédisposition incontestable au thrombus de la vulve ; à cette cause physiologique vient s'en joindre une autre toute physique et d'un effet plus prochain, l'obstacle apporté par le globe utérin au retour du sang veineux. C'est à ce point de vue que Blot a judicieusement étudié l'étiologie et le mécanisme du thrombus[2].

[1] Mém. sur les tumeurs sanguines de la vulve et du vagin, 1830.
[2] Des tumeurs sanguines de la vulve et du vagin pendant l'accouchement. (Thèse d'agrég. Paris, 1853.)

Mais en dehors de l'état puerpéral, les grandes lèvres sont exposées aux lésions traumatiques, et un coup, un ébranlement produisent dans cette région les mêmes désordres que dans les autres. Velpeau[1] a observé plusieurs cas de thrombus vulvaire de cause traumatique, et a recueilli des faits analogues (les deux de La Motte, etc.).

On ne saurait embrasser dans la même étude les faits où l'affection com- plique l'état puerpéral, et ceux où elle est due plus particulièrement à un traumatisme; l'influence considérable des causes prédisposantes dans le thrombus puerpéral suffirait pour justifier cette division, lors même que la gravité de l'affection resterait la même dans les deux cas ; mais il est loin d'en être ainsi, et le thrombus de la femme en couches est d'un pronosti grave par lui-même, sans parler de l'obstacle qu'il apporte au passage de la tête du fœtus et de l'urgence de l'intervention chirurgicale.

La question de siége est celle qui nous intéresse le plus, et nous voudrion pouvoir l'approfondir. Elle a été soulevée par Morpain, mais elle n'est pa résolue, et nous en sommes réduit à des conjectures. Le sang extravas s'épanche-t-il en dehors du sac dartoïque ou bien à l'intérieur de ce sac? Le deux cas, sans doute, peuvent se présenter, mais les preuves manquent; ca la disposition plus ou moins enkystée de la tumeur, la lenteur de la diffusio du sang et de la coloration de la peau, la longue durée de la résorption lorsque celle ci a lieu, toutes ces conditions, que Morpain a énumérées, ne son que des présomptions en faveur de l'épanchement intra-dartoïque. Il en es une pourtant, parmi celles sur lesquelles le même auteur a insisté, à laquell nous attacherions plus de valeur. Dans une des observations de La Motte et dans un cas observé par Blandin[3], la tumeur avait la forme d'une herni inguinale. La disposition du sac dartoïque, qui imprime sa forme aux tumeur qu'il contient, peut seule expliquer cette ressemblance, et autorise à admettr dans ces deux cas et dans quelques autres analogues une collection sanguin intra-dartoïque.

[1] Dict. de méd. en xxx vol., tom. XXX, art. *Vulve.*

[2] Traité de chirurg., obs. 248.

[3] Morpain; Thèse citée, pag. 31.

Le thrombus de la grande lèvre (nous avons particulièrement en vue le thrombus traumatique) peut avoir les divers modes de terminaison qui sont assignés à l'épanchement sanguin en général ; il est susceptible de subir les mêmes transformations. Le plus souvent, le foyer sanguin s'enflamme et devient un foyer purulent, ce qui d'ailleurs constitue plutôt une complication qu'un mode de terminaison ; mais la transformation de l'épanchement en tumeur concrète, par résorption du sérum, et réciproquement la transformation en kyste séreux, par résorption des éléments solides, ont été observées par Velpeau. Ce chirurgien a trouvé à l'intérieur d'un kyste séreux de la grande lèvre des couches stratifiées indiquant rigoureusement l'origine de la tumeur (cité par Blot).

Huguier oppose à l'opinion de Velpeau la rareté des kystes séreux de la vulve comparés à la fréquence du thrombus. Nous croyons que les kystes séreux sont plus fréquents qu'on ne l'a cru, et nous examinerons plus loin les causes de cette fréquence relative ; en second lieu, l'objection de Huguier ne pourrait avoir tout le poids que son auteur lui donne, que si une distinction légitime était suffisamment établie entre l'épanchement sanguin intra-dartoïque et celui qui siége dans le tissu cellulaire sous-cutané.

En résumé, quoique Velpeau ne donne pas de détails sur les cas qu'il a observés, le kyste séreux de la grande lèvre, d'origine hématique, nous paraît devoir entre admis.

L'absence de transparence pourra-t-elle servir à caractériser cette variété ? Nous ne le pensons pas. Ce signe manque dans beaucoup de cas de collections primitivement séreuses, et ne leur appartient pas en propre ; nous nous rappelons un diagnostic différentiel posé par l'éminent professeur entre une hématocèle vaginale avec transparence et une hydrocèle sans transparence. (Leçons orales.)

Hygroma.

Nous devons examiner sous ce titre les kystes dus à l'inflammation d'une bourse séreuse normale ou accidentelle.

Il n'existe pas dans la région inguinale de bourse séreuse normale ; mais les grandes lèvres contiennent dans leur épaisseur un paquet celluleux dont

les mailles peuvent être assez larges pour figurer une véritable bourse séreuse. Ce paquet celluleux est situé à l'intérieur du sac dartoïque, il est constant, et son existence est indépendante de la maigreur du sujet et de l'existence du sac. La bourse séreuse, admise par Velpeau, par Vidal, est assez rare pour que Huguier et d'autres chirurgiens aient cru pouvoir la nier. Nous l'avons trouvée plusieurs fois dans des circonstances telles que nous ne pouvions la regarder comme accidentelle. Elle est tantôt rudimentaire, tantôt plus développée, et peut se rencontrer d'un seul côté ou dans les deux replis. Sur une préparation que le Dr Sarazin a eu l'obligeance de nous montrer, la bourse séreuse intra-dartoïque était très-développée du côté gauche ; elle était beaucoup plus petite et moins manifeste dans la grande lèvre droite[1]. La dissectior avait été faite sur le cadavre d'une jeune fille de 14 ans, encore vierge ; cett bourse séreuse ne pouvait donc pas être attribuée à la cause invoquée pa Velpeau, l'abus des rapports sexuels.

Sous l'influence d'un frottement souvent répété, d'un traumatisme ou de tout autre cause d'inflammation, la bourse intra-dartoïque peut acquérir un volum considérable ; elle distend les parois du sac, qui, lui opposant de la résistanc en bas et latéralement, ne permettent son accroissement que de bas en haut dans la direction de l'anneau inguinal.

Le plus souvent la bourse séreuse est accidentelle. Massot[2] regarde comm des hygromas les kystes séreux qui compliquent les tumeurs. Telle est aus l'origine attribuée aux kystes qui sont contigus aux sacs herniaires ou q les coiffent, les enveloppant dans une certaine étendue sans les contenir, à l manière des séreuses normales pour les organes qu'elles tapissent.

Le taxis était considéré par Dupuytren comme la cause de l'infiltratic séreuse des téguments. D'après A. Bérard[3], ce serait encore le taxis pr longé qui, séparant les couches du tissu cellulaire, produirait des cavit capables de devenir des kystes. Broca[4] fait à cette théorie cette objection j

[1] Cette préparation doit figurer dans l'Atlas d'anatomie qui publieront bientôt les docteu Sarazin et Paulet.

[2] Thèse inaugurale. Paris, 1854, n° 60.

[3] Bullet. de l'Acad. de méd., 1839, tom. III, pag. 1104.

[4] De l'étranglement dans les hernies abdominales. (Thèse de concours, 2e édit., 1857.)

dicieuse, que les kystes préherniaires se rencontrent chez des sujets dont la hernie n'a jamais été soumise au taxis ; il explique le développement de la bourse séreuse par le frottement et la pression du bandage. La hernie d'ailleurs présente des caractères propices à la création de séreuses accidentelles ; elle constitue « une tumeur essentiellement mobile, augmentant et diminuant alternativement de volume, nécessitant de temps à autre des efforts de taxis, enfin le plus souvent soumise à des frottements continuels de la part d'un bandage [1].

La bourse séreuse n'est pas l'origine exclusive des kystes préherniaires. J. Cloquet a démontré que ces tumeurs séreuses pouvaient avoir pour siége un sac herniaire oblitéré et accolé au sac habité ; à l'appui de cette manière de voir, il donne plusieurs observations qui, se rapportant à des hommes, ne peuvent pas être reproduites ici. Plus tard, la même opinion a été soutenue par le Dr Kuhn (de Niederbronn), qui a publié le fait suivant comme un exemple de kyste formé dans un sac herniaire déshabité.

Obs. v.—La femme du sieur T..., agent forestier, demeurant dans l'une des maisons de garde de la forêt de Haguenau, âgée de 43 ans, lymphatico-nerveuse, et mère de cinq enfants, devint enceinte pour la sixième fois vers la fin de janvier 1859. Dans les premiers jours de février, étant à l'église, elle éprouva subitement des accidents hystériformes, surtout caractérisés par des spasmes abdominaux. Ces accidents entraînèrent une défaillance, et l'on fut obligé de ramener la malade chez elle en voiture. Durant le moment de crise, il s'était formé dans l'aine gauche, et par l'effet des mouvements spasmodiques, une tumeur du volume d'un œuf de poule. La persistance de la tumeur ne laissa bientôt plus de doute à la femme T... sur la nature de son mal ; elle porta même pendant quelque temps un bandange herniaire, sans que la tumeur fût réduite. Cependant les spasmes du bas-ventre se reproduisirent fréquemment pendant le cours de la grossesse, et parurent toujours avoir leur point d'origine dans la hernie même, mais il n'y eut jamais de symptômes d'étranglement ; seulement la malade eut constamment à lutter contre les constipations. Elle parvint ainsi au terme de sa grossesse, et éprouva les premiers maux dans la nuit du 22 au 23 octobre. Comme les contractions utérines étaient rares, le travail se prolongea et la délivrance n'eut lieu que dans la journée du 25. Les efforts de parturition n'eurent aucune influence sur la tumeur de l'aine, et tout alla régulièrement jusqu'au 29, quatrième jour des couches. Ce jour-là, s'étant levée un moment et ayant pris froid, la

[1] Duplay, *loc. cit.*, pag. 82.

malade ressentit tout aussitôt ses anciennes douleurs abdominales, sans qu'on pût parvenir à les calmer comme par le passé. Au contraire, la tumeur de l'aine gauche était devenue plus grosse dans ce moment et avait pris un volume au moins double de celui qu'elle avait eu auparavant; des vomissements survinrent, le ventre se gonfla et devint douloureux; les évacuations alvines furent complètement arrêtées; bref, tous les signes d'un étranglement se présentèrent. Ces accidents persistèrent pendant toute la journée du 30. Enfin, on se décida à chercher du secours, et on vint m'appeler le même jour, à dix heures du soir.

La malade, bien que fatiguée par les souffrances, n'avait cependant pas le moral trop abattu. Le pouls était assez petit et légèrement accéléré, la soif vive, le ventre fortement tendu, tympanisé et douloureux au toucher; dans l'aine gauche, nous trouvâmes une tumeur oblongue, de la grosseur d'une orange moyenne, un peu aplatie. Cette tumeur, très-sensible au toucher, donnait un son mat à la percussion ; par son collet, elle était en rapport avec l'anneau inguinal : c'était par conséquent une hernie de ce nom. Malgré les lavements déjà employés, aucune évacuation alvine ne put être obtenue; les lochies continuaient à couler ; la malade donnait le sein à l'enfant, bien qu'elle n'eût que peu de lait.

J'essayai le taxis à plusieurs reprises, sans pouvoir réussir à faire rentrer la hernie. Je ne jugeai pas à propos de tenter la dilatation de l'anneau inguinal au moyen du doigt, comme le recommande M. Seutin, parce que la sensibilité des parties était trop grande. Craignant d'augmenter l'irritation de l'anse intestinale par des tentatives de réduction plus prolongées, je proposai l'opération, afin d'éviter les dangers que de plus longs retards, compliqués de l'état puerpéral, pouvaient faire courir à la malade. Ma proposition étant acceptée, nous procédâmes à l'opération séance tenante.

La peau, ainsi que le tissu cellulaire sous-cutané, furent divisés par une seule incision dirigée dans le sens du pli de l'aine et longue de 10 à 11 centimètres. Une petite artériole, qui donna, fut immédiatement liée et l'opération continuée. Je saisis ensuite, à l'aide d'une pince fine, la pellicule du sac, que j'incisai en dédolant; il s'écoula une quantité assez notable de sérosité limpide (la moitié environ d'un verre à boire) et je crus avoir ouvert le véritable sac herniaire. Mais je n'avais pénétré que dans un kyste contigu au sac; car, en portant l'indicateur de la main gauche vers l'anneau, pour faire le débridement, je ne pus parvenir à engager l'extrémité du doigt entre l'intestin et le bord libre de l'anneau, parce qu'un tissu membraneux recouvrait le tout et faisait dévier le doigt. J'ai dû conclure de là que j'étais encore en dehors du sac. Il s'agissait donc de continuer cette espèce de dissection fine qui consiste à ouvrir le sac sans léser l'intestin ; je saisis alors de nouveau la pellicule, qu'il fallait supposer plutôt qu'on ne pouvait la distinguer, et je l'incisai de la même manière que la première fois. J'arrivai ainsi dans un second sac, qui était le véritable, et duquel il s'écoula seulement une petite quantité de sérosité. L'intestin étant entièrement mis à découvert cette fois-ci, je n'éprouvai plus la moindre difficulté pour glisser l'extrémité du doigt sous le bord de l'anneau et pour débrider ; le

lébridement fut fait directement en haut. L'anse intestinale, longue de 10 à 12 centim., t presque vide de gaz et de matières alimentaires, était assez fortement injectée, sans ependant rien présenter de suspect ou de gangréneux. Sa réduction fut l'affaire d'un istant. Je réunis la plaie par deux points de suture, placés de manière à ne pouvoir empêcher la sérosité ou le pus de s'écouler; je pansai avec de la charpie recouverte de compresses graduées, et je fixai le tout avec la cravate cruro-inguinale.

Le 31, la malade eut une selle spontanée, etc.

Le 10 novembre, la plaie était en voie de guérison et la malade pouvait se lever.

Aujourd'hui, 6 décembre, elle a repris ses occupations habituelles[1].

Si nous avons reproduit cette observation malgré sa longueur, c'est surtout our qu'on ne puisse pas faire au résumé que nous en aurions donné un proche que mérite le texte lui-même. Ce fait, tel qu'il est publié, manque détails caractéristiques et ne prouve rien, sinon qu'un kyste séreux masquait le hernie. S'il était permis de donner à ce kyste une interprétation, nous ne oisirions pas celle de l'auteur, mais plutôt celle de Duplay, qui voit là un ritable hygroma. Il est dit en effet, dans l'observation, que la tumeur n'a mais été réduite; il n'y a donc jamais eu un sac déshabité et susceptible de venir une poche kystique. En outre, le tissu cellulaire sous-cutané est resté umis à une pression continuelle exercée, d'un côté par la tumeur, de l'autre r le bandage, circonstance favorable à la formation d'une bourse séreuse. solement de la poche des téguments serait cependant défavorable à cette inion; car, dans ces espèces de kystes, il y a un refoulement, un tassent des parois qui ne permettent pas au chirurgien de trouver une membrane veloppante distincte.

Nous regrettons que le fait observé par Broca soit aussi brièvement rapté : Dans un cas de hernie inguinale étranglée chez une femme, une tumeur ctuante et transparente était située au-devant du sac. Le chirurgien reconnut ndant l'opération que c'était un kyste préherniaire. Les antécédents et la cription de la poche et de ses connexions auraient permis de déterminer la ure de ce kyste.

L'hygroma peut donc être considéré comme une tumeur indépendante, exist toute seule, ayant ses symptômes propres et ses indications; c'est lorsqu'il

[1] Gaz. méd. de Paris, 1859, 3e série, tom. XIV, pag. 797.

est constitué par la bourse séreuse intra-dartoïque, normale ou accidentell

Dans le cas de kyste préherniaire, l'hygroma est une complication, et il s'ag de déterminer s'il s'agit d'un véritable hygroma, ou bien d'un kyste développ dans un ancien sac déshabité. Les antécédents doivent être rigoureuseme appréciés, car ils sont les seuls éléments qui permettent d'établir une diff rence entre les deux espèces de kystes préherniaires.

Hydrocèle herniaire.

Des variétés d'hydrocèle examinées jusqu'ici, les unes sont hypothétiqu et mal fondées ; quant aux autres, nous n'avons pu en trouver qu'un pe nombre d'exemples. L'hydrocèle herniaire, malgré sa rareté relative, est bea coup plus fréquente, et c'est à elle que doivent se rapporter la plupart d faits que nous avons recueillis. Les recherches de Malgaigne établissant q la hernie inguinale chez la femme est plus fréquente qu'on ne l'avait pen jusqu'à lui, ont été confirmées par d'autres observateurs ; Gosselin parta cette opinion, et, d'après Cruveilhier, la hernie inguinale se rencontrerait moins aussi souvent que la hernie crurale.

Il est un autre point de l'histoire des hernies aussi généralement admis q le précédent : nous voulons parler des adhérences que le sac contracte a les parties environnantes. Si nous ne sommes plus au temps où Louis cont tait la possibilité de la réduction en masse dans les cas d'étranglement, n'en est pas moins vrai que la réduction du sac avec l'intestin, dans les hern réductibles, est chose tellement rare que le professeur Gosselin n'en conn pas de fait démonstratif[1].

Ce n'est pas ici le lieu d'insister sur les modifications subies par le co d'un sac déshabité, mais nous rappellerons que, en général, il se rétract diminue de calibre, et que cette diminution peut aller jusqu'à l'oblitérati avec ou sans le concours des adhérences, produit de l'inflammation.

Le sac, ainsi isolé du péritoine, constitue une cavité séreuse suscept de présenter les mêmes affections que toutes les cavités de la même clas

[1] Leçons sur les hern. abdom., pag. 13.

epuis longtemps, l'attention des chirurgiens s'est portée sur la pathologie du ıc herniaire et de nombreuses observations ont été publiées. La thèse de oncours de J. Cloquet[1] en contient un grand nombre; nous citerons l'obserıtion LV.

Obs. VI — Tumeur enkystée des grandes lèvres sur le cadavre d'une femme d'environ) ans. Un kyste allongé, ovoïde, de 2 pouces 1/2 de longueur sur 1 de largeur, est situé ıns l'épaisseur de la grande lèvre du côté droit. Ses parois sont épaisses, blanches et lisses ı dedans; en haut, il se continue par un prolongement fibro-celluleux qui remonte avec ligament sus-pubien jusqu'au péritoine auquel il adhère; il est rempli par une matière une, ayant la consistance de la bouillie et ressemblant assez en apparence à de la terre ombre délayée (cancer du col utérin).

Malgré l'absence de commémoratifs, il s'agissait bien d'un sac herniaire ant un pédicule plein.

Chassaignac a trouvé du pus dans un ancien sac herniaire inguinal, chez ıe femme de 29 ans; il cite un cas emprunté à la thèse de Flaubert, dans quel un ancien sac herniaire inguinal était le siége d'une hématocèle[2].

A ces faits viennent naturellement s'ajouter ceux qui se rapportent à un ıcien sac de hernie fémorale et ceux dans lesquels le sujet affecté était un ımme. Nous renvoyons sur ce point au travail déjà cité de Cloquet.

L'usage du bandage exerce-t-il une influence sur la production des maladies ı sac? Cette question exigerait, pour être résolue, l'examen comparatif ın grand nombre de cas et une appréciation minutieuse de toutes les circonınces concomitantes; réduit à de simples conjectures, nous ferons remarquer ıe dans la plupart des observations que nous avons recueillies et dans presque us les cas d'affections du sac observés par Chassaignac, les malades avaient rté ou portaient encore un bandage; circonstance d'ailleurs que ce chirurın distingué avait déjà notée.

«L'inflammation du sac herniaire peut être suivie de l'exhalation d'une ıantité plus ou moins considérable de sérosité qui s'amasse dans sa cavité;

[1] Recherches sur les causes et l'anatomie des hernies abdominales. Paris, 1819.
[2] Des sacs herniaires déshabités, obs. IV et V. (Rev. méd.-chirurg., tom XVII; 1855.)

si le sac a cessé de communiquer avec la cavité abdominale, le liquide épanché y est retenu... C'est ainsi que se forment la plupart des hydropisies enkystées du cordon testiculaire, des grandes lèvres[1], etc.» Le kyste herniaire peut avoir une autre origine, il peut procéder d'une hématocèle herniaire, car la transformation de l'hématocèle en hydrocèle doit, ce nous semble, être admise ici comme elle l'est pour la tunique vaginale; cependant, malgré la fréquence relative de l'hématocèle herniaire, nous n'avons pas pu trouver un cas de kyste herniaire séreux pouvant recevoir cette interprétation.

La seule autopsie d'hydrocèle de la femme que nous connaissions est rapportée dans l'observation suivante. Notre ami et collègue d'internat, J.-B. Nérard, a eu l'obligeance de nous communiquer les antécédents de la malade et de nous faire participer à l'autopsie.

Obs. vii. — Femme âgée de 35 ans. Depuis dix à douze ans, au niveau de la grand lèvre gauche, tumeur facilement réductible. Application d'un bandage qui empêche la tumeur de se reproduire. Il y a quelques mois, la tumeur reparaît malgré le bandage; el prend un volume plus considérable et cesse d'être réductible. Ces derniers jours, la tumeu est douloureuse et la malade est prise de vomissements.

Apportée dans une salle de chirurgie, comme atteinte d'un étranglement herniaire, l malade est examinée par l'interne du service, qui pratique immédiatement le taxis, ma nœuvre qui, tout en ne faisant pas diminuer le volume de la tumeur, amène cependar la disparition des vomissements. Le lendemain, le chef de service constate les phénomèn suivants :

Tumeur piriforme, s'étendant de l'orifice inguinal externe au tiers postérieur de la grand lèvre. Celle-ci est déplissée, distendue et glisse facilement sur la tumeur dans toute sc étendue.

Tumeur fluctuante, transparente, irréductible. Son volume n'augmente pas par la tou et ne diminue pas par la compression, caractères qui firent porter le diagnostic de tumeu liquide, ou hydrocèle de la grande lèvre.

L'état avancé de la phthisie éloignant toute idée d'opération, la malade fut renvoyée da un service de médecine, où elle mourut quelques jours après de sa phthisie. Les vomiss ments n'avaient pas reparu.

Autopsie. — Incision longitudinale depuis l'anneau inguinal externe gauche jusqu la partie postéro-inférieure de la grande lèvre correspondante. Au-dessous des téguments

[1] Cloquet, *loc. cit.*, pag. 144.

ncision d'une couche fibreuse, résistante, épaisse d'un millimètre environ et formant une oque en rapport en dehors avec les téguments, et circonscrivant par sa face interne une avité dans laquelle se trouve logée la tumeur proprement dite.

Cette enveloppe fibreuse adhère en arrière à la branche ischio-pubienne, et représente ne espèce de bouteille dont le goulot correspondrait à l'orifice inguinal externe et le fond la partie postéro-inférieure de la grande lèvre; elle est donc constituée par le sac de Broca.

A l'intérieur de cette coque fibreuse se trouve la tumeur, qui, libre de toute adhérence, 'énuclée facilement à travers l'ouverture des téguments et de la couche fibreuse précé-ente. Elle consiste en une poche ovoïde dont la grosse extrémité est située dans la grande èvre, et la petite correspond à l'orifice inguinal superficiel, à travers lequel elle envoie un rolongement rétréci.

La poche mesure 9 cent. de longueur sur 7 cent. de largeur. Sa surface externe est sse, sa surface interne polie et luisante. Vers sa partie supérieure, près de sa continuation vec son pédicule, se trouve une seconde poche plus petite qui communique avec elle, insi que le prouve la facilité avec laquelle le liquide peut passer d'une poche dans l'autre.

Après avoir renversé en avant la paroi abdominale et incisé le trajet inguinal par son ord supérieur, on voit le péritoine, au niveau de la fossette inguinale externe, s'enfoncer ans le trajet inguinal et le parcourir dans toute son étendue. Arrivé au niveau de l'o-ifice inguinal externe, ce prolongement péritonéal, qui s'est progressivement rétréci, se enfle subitement pour former la poche, pour laquelle il constitue donc un pédicule creux, nfundibuliforme, ayant la longueur du canal inguinal. Sa base occupe la fossette inguinale xterne ; elle est assez évasée pour admettre le doigt. Le sommet du pédicule correspond l'orifice inguinal externe, au niveau duquel il se continue avec les parois de la poche.

Un stylet introduit par la cavité abdominale dans le pédicule, arrive jusqu'à l'orifice in-uinal superficiel (point sur lequel avait porté le bandage), et là se trouve arrêté par une blitération qui ne lui permet pas de pénétrer dans la poche.

Dans la portion supérieure du canal inguinal, le ligament rond se subdivise en fascicu-es qui , les uns , s'attachent au pubis ou à la partie postérieure , et les autres s'éparpillent la surface externe de la partie supérieure de la tumeur, sur laquelle ils se perdent. Du ôté de la cavité abdominale, le ligament rond abandonne la base du pédicule , se réfléchit ur l'anneau et plonge dans l'excavation pelvienne.

Examinés au microscope , la poche et son pédicule offrent deux couches : l'une externe, omposée de fibres conjonctives et de quelques fibres élastiques; l'autre interne , constituée ar un épithélium pavimenteux , en tout semblable à celui du péritoine.

A l'incision de la poche , issue d'une quantité assez considérable d'un liquide séreux , ransparent , non filant , et donnant par la chaleur ou l'acide nitrique un dépôt abondant l'albumine.

5

Le résultat de l'autopsie, concordant avec les antécédents, ne laisse pas le moindre doute sur l'origine et la nature du kyste.

Les accidents d'étranglement étaient-ils dus à l'engagement d'une portion d'intestin dans le pédicule? La disparition des vomissements après le taxis rend cette explication probable; cette observation doit cependant être rapprochée des faits cités par Chassaignac, dans lesquels on a pu croire à l'étranglement, tandis qu'il s'agissait d'un épanchement séreux (Obs. I), d'un foyer purulent (Obs. IV), d'une hématocèle (Obs. V) dans de vieux sacs déshabités.

L'observation suivante a été prise par Desault, son auteur, pour un hygroma; par Huguier, pour une hydrocèle du canal de Nuck; Duplay ne la classe pas.

Obs. VIII. — Louise L...., âgée de 12 ans, portait depuis plusieurs années à l'aine droite une tumeur qui s'accroissait de jour en jour; tant que cette tumeur avait été petite, la malade l'avait cachée à sa mère, et elle ne se décida à la lui montrer que lorsqu'elle eut acquis le volume d'un œuf de poule. Un chirurgien considéra la tumeur comme une hernie, et conseilla l'usage d'un bandage. La malade entra à l'Hôtel-Dieu.

La tumeur avait une forme ovale et s'étendait immédiatement depuis l'anneau jusque dans la grande lèvre; elle était circonscrite, sans changement de couleur à la peau, sans douleur, rénitente et assez mobile; elle semblait augmenter et descendre quand la malade toussait et criait; si l'on portait les doigts vers l'anneau, elle paraissait se prolonger à travers cette ouverture.

Ces signes pouvaient en imposer et faire croire à l'existence d'une hernie. Desault fit quelques tentatives pour opérer la réduction de cette tumeur, elle sembla céder un peu et diminuer de volume, mais il ne put la faire rentrer; il eut alors des doutes sur la nature de cette maladie, sans oser cependant prononcer qu'il n'y avait pas de hernie. Pressant légèrement la tumeur entre les doigts, il y sentit de la fluctuation; ce signe était encore équivoque, il a lieu aussi dans les hernies dont le sac contient beaucoup de sérosité; mais une lumière placée au côté opposé à celui où l'on regardait cette tumeur la rendit transparente dans toute son étendue, et si on la déprimait avec la main en la tirant en bas, elle s'éloignait de l'anneau et laissait entre elle et cette partie un vide où l'on pouvait enfoncer le bout du doigt, et reconnaître qu'elle n'était formée par aucun prolongement de la cavité du bas-ventre. Ce signe seul détruisait tout soupçon de hernie; la transparence et la fluctuation, jointes aux signes commémoratifs, ne permettaient plus alors de doute sur la nature de cette tumeur : elle fut jugée être une tumeur aqueuse de l'espèce des hydatides, et que l'on pourrait appeler hydrocèle, par quelque ressemblance avec cette maladie chez les hommes.

Desault proposa une opération. La mère de la malade retourna vers le premier chirurgien qui, après un nouvel examen, persista dans son opinion; un troisième chirurgien fut du même avis que le premier, et crût que l'unique motif qui avait engagé Desault à refuser un bandage était l'impossibilité de faire rentrer cette hernie; il recommanda de ne permettre aucune opération.

Quinze jours après Desault porta le même jugement, et l'opération fut acceptée : incision des téguments; au-dessous de la peau on trouva une poche en forme de sac herniaire, qui ne lui était unie que par un tissu cellulaire lâche et mince; la transparence parut plus sensible et la fluctuation plus marquée. Le chirurgien essaya de l'ouvrir avec les mêmes précautions que si c'eût été une hernie, mais sa tension ne lui permit pas de la pincer; la certitude qu'il avait de la présence d'un fluide à la partie antérieure de la tumeur la lui fit ouvrir sans crainte, en y enfonçant la pointe d'un bistouri. — Incision de la poche dans toute sa hauteur. — Il n'y avait aucune partie solide dans cette poche; elle ne contenait qu'environ plein un verre d'une humeur claire et très-fluide, de la nature de la sérosité lymphatique que l'on trouve dans les hydrocèles. Ce sac n'était pas formé par le péritoine; mais comme tous les kystes du tissu cellulaire dont plusieurs feuillets avaient été appliqués et collés l'un sur l'autre, il avait environ un quart de ligne d'épaisseur; on en retrancha les côtés avec le bistouri et on laissa le fond. Pendant les cris que poussait la malade, on voyait paraître dans l'intérieur de la poche, vers sa partie supérieure, à l'endroit répondant à l'anneau inguinal, une tumeur approchant du volume de la moitié d'une grosse noix; elle disparaissait lorsque la malade cessait de crier, était de couleur grisâtre, et rentrait par une légère compression. On ne douta pas qu'elle ne fût formée par le péritoine poussé par les intestins à travers l'anneau, dans les efforts et les contractions de cette enfant. Cette disposition donne l'explication d'un signe que présentait cette tumeur, et qui était des plus propres à jeter des doutes sur sa nature et à induire en erreur, savoir : son augmentation quand la malade toussait.

Le traitement n'offrit rien de particulier, la cicatrisation était terminée vingt-cinq jours après l'opération [1].

Un point surtout nous a frappé dans l'observation précédente : la présence de la fluctuation ne parut pas suffisante à Desault pour exclure la possibilité d'une hernie, car il savait très-bien qu'un épanchement séreux peut compliquer une hernie; de là à l'idée de l'hydrocèle « du sac herniaire sans hernie » (Boyer), il n'y avait qu'un pas à faire, et nous sommes étonné que le chirurgien de l'Hôtel-Dieu, déjà sur la voie, ne soit pas allé plus loin.

[1] Desault; Journ. de chir., tom. I, pag. 251.

La transparence est, comme la fluctuation, un signe commun. Quant au vide dans lequel on pouvait enfoncer le bout du doigt, il démontre seulement que la poche était tout entière hors de l'abdomen et que l'intestin n'en faisait pas partie. D'ailleurs, Cloquet a fait voir que le sac oblitéré à son collet peut s'éloigner du péritoine et son pédicule disparaître de manière à faire prendre un kyste herniaire pour un kyste séreux accidentel. Mais ici le kyste était si peu éloigné du péritoine qu'une pointe herniaire lui transmettait sa secousse. La présence de l'intestin, que les efforts rendaient saillants au-dessus de la poche, montre que cette poche était constituée par un sac herniaire et qu'il se formait une nouvelle hernie.

Nous n'avons vu jusqu'ici que des sacs oblitérés à leur collet par la rétraction de ce tissu fibrenx, comparé par Gosselin au tissu cicatriciel, aidée ou non de produits plastiques. Mais le sac herniaire peut être isolé du péritoine par les adhérences de l'organe, intestin ou épiploon, qui obture complètement l'orifice de communication. De tous les organes qui se rencontrent dans les hernies, c'est l'épiploon qui est le plus sujet à contracter des adhérences avec une partie quelconque du sac, et qu'il est le plus souvent impossible de réduire.

Obs. ix.—Mme C... (d'Ajaccio), femme de 50 ans, d'une bonne constitution, chargée d'embonpoint, portait une hernie inguinale gauche depuis sa dernière couche, c'est-à-dire depuis une quinzaine d'années. Elle avait l'habitude de maintenir la tumeur réduite au moyen d'un bandage. Quand la hernie s'échappait, elle parvenait elle-même à la faire rentrer.

Dans le courant de mars 1851, elle s'aperçut un beau matin qu'une tumeur d'un petit volume sortait de dessous la pelote de son bandage; elle essaya, mais vainement, de la réduire. Un médecin fut appelé qui, voyant la consistance de la tumeur naissante, fit faire une application de sangsues, quoiqu'il n'y eût aucune douleur. Une seconde et une troisième application furent faites à quelques jours d'intervalle; mais, loin de diminuer, cette tumeur grossit avec une certaine rapidité.

...... Mme C....., appela un second médecin. Celui-ci crut à une hernie étranglée, demanda une consultation en règle, pour prendre un parti; nous fûmes au nombre des consultants.

On constatait dans l'épaisseur de la grande lèvre une tumeur volumineuse comme le poing, piriforme, à sommet supérieur, se prolongeant jusqu'à l'anneau. Quoique la malade n'éprouvât ni trouble ni souffrance, on fit des tentatives de réduction à diverses reprises

elles ne donnèrent aucun résultat. On proposait le débridement. Nous avions pu rigoureusement constater nous-même que la tumeur était constituée par deux portions continues, mais distinctes en consistance. L'une supérieure, sortant de l'anneau, aboutissait, en grossissant, jusqu'à l'origine de la grande lèvre; l'autre, toute contenue dans l'épaisseur le celle-ci, était d'un volume quatre fois plus gros et représentait assez bien le corps l'une vessie. La première était dure, résistante, sans élasticité, mate; la seconde était endue, mais élastique, et laissait clairement percevoir la fluctuation.

Il nous parut clairement qu'il s'agissait d'un vieux sac herniaire, à l'ouverture duquel s'était glissée une portion d'épiploon qui, par suite de pression exercée par le bandage, s'était enflammée et avait acquis des adhérences solides. La portion sous-jacente du sac vait sécrété un liquide dont la quantité tendait à augmenter incessamment.

Nous priâmes nos confrères de remettre au lendemain le débridement résolu par eux.

Le lendemain Mme C... avait passé une mauvaise nuit, causée par la perspective de opération qu'on devait lui pratiquer. Quand tous les consultants furent réunis, pour les onvaincre de la réalité de notre diagnostic, nous fîmes une ponction évacuatrice dans la artie la plus déclive de la tumeur. Il s'écoula un plein verre de sérosité, et toute la portion aillante s'affaissa.

Nous proposâmes alors l'injection iodée pour le surlendemain, persuadé que le liquide e reproduirait dans cet espace de temps, ce qui ne manqua pas.

Le 2 avril, la tumeur s'était remplie de nouveau; une deuxième ponction en évacua ne quantité de liquide égale à celle de l'avant-veille. C'était de la sérosité citrine, donnant n très-fort précipité albumineux par l'acide nitrique. La ponction avait été faite selon la néthode sous-cutanée; une injection iodée au tiers et saturée par 1 gramme d'iodure de otassium fut immédiatement poussée. La douleur fut médiocre et ne dura que quelques eures. Elle eut un retentissement jusque dans le rein correspondant. Nous avions laissé ans la poche environ un huitième de la solution injectée. Le lendemain de l'opération, la umeur était dure, rénitente, mais sans douleur. A partir du quatrième jour, elle commença diminuer. Le quinzième jour, toute la portion inférieure, remplie précédemment de liuide, était flétrie, complètement affaissée, et donnait à la grande lèvre l'aspect d'un repli ongitudinal; la portion supérieure formée par l'épiploon était dure, résistante et tranchait rusquement avec l'inférieure.

Le bienfait de cette opération ne s'est pas démenti depuis plus d'un an que nous pouons observer cette dame[1].

Dans d'autres cas de vieilles hernies irréductibles, l'organe hernié ne se

[1] Abeille; Traité des hydropisies et des kystes, pag. 416, reproduit *in* Boinet; Traité iodothérapie, pag. 277.

trouve plus seulement à l'orifice du sac, il est en partie contenu dans so intérieur; disposition assez fréquente dans l'épiplocèle. Si, dans ces circon stances, il se fait à la surface interne du sac un épanchement séreux, il e résulte une hydro-épiplocèle. Dans un cas rapporté par Gosselin [1], la sérosit était assez abondante pour masquer une masse épiploïque contenue dan un sac de hernie fémorale.

L'exhalation de sérosité accompagne souvent l'étranglement, qu'elle so due à l'inflammation de la séreuse pariétale, ou qu'elle soit exhalée par l séreuse viscérale, comme le veut Demeaux, et provienne de la gêne apporté par la constriction au retour du sang de l'intestin hernié. En général, cet exhalation mérite à peine de fixer l'attention du chirurgien; dans quelqu cas cependant, elle est assez abondante pour constituer une hydrocèle aigu Chez un homme de 25 ans, porteur d'une entérocèle scrotale étranglée, s'écoula à l'ouverture du sac plus de 3 livres de sérosité [2].

D'autres fois, c'est un autre organe qui baigne dans la sérosité. Nous tro vons dans les *Bulletins de la Société de chirurgie* (tom. II, pag. 127) la com munication suivante de Guersant.

Obs. x. — Une petite fille portait depuis longtemps dans la grande lèvre une tume sans changement de couleur aux téguments, fluctuante, très-mobile; indolente jusque-l cette tumeur était devenue le siége de douleurs assez prononcées pour rendre une op ration indispensable. Je diagnostiquai un kyste enflammé. Le resserrement de l'anneau n me semblait pas permettre de s'arrêter à l'idée d'une hernie. Ouverture de la poche, q figurait assez bien la tunique vaginale, et qui renfermait l'ovaire et une partie de la tromp Il n'a pu être nettement constaté si le col du sac était oblitéré; cependant la poche séreu me parut fermée du côté du ventre, et c'est ce qui m'éloigna de toute tentative de rédu tion.

La sérosité, au lieu de s'épancher à la surface interne du sac, entre celui et l'organe hernié, peut constituer un véritable kyste de l'organe. Velpeau trouvé un kyste volumineux au milieu d'une hernie graisseuse. Dans l'obse vation suivante, nous ne pouvons voir autre chose que des kystes de l'épiploo

[1] Gaz. des hôp., 1850, pag. 602.
[2] Scarpa; Traité des hernies, trad. de Cayol, pag. 198.

Obs. xi. — Une jeune fille de 14 ans, atteinte d'une épiplocèle du côté gauche, s'était nné un coup dans l'aine en tombant sur le coin aigu d'un banc. Il n'y avait eu de uleur ni au moment de la chûte, ni depuis trois semaines que l'accident était arrivé ; iis la descente avait augmenté considérablement. La hernie avait toujours eu deux uces environ de circonférence dans son plus grand volume ; elle descendait par l'anneau que dans la partie supérieure de la grande lèvre de la vulve. Lorsque je l'examinai, elle it du volume d'un gros œuf de poule ; elle était parvenue depuis trois semaines, par grés, à cette grosseur ; cependant elle n'était point douloureuse. Dans sa forme ale, elle était surmontée dans sa surface extérieure par une éminence ronde, comme isolée du reste de la tumeur par une ligne circulaire, mais fort superfi-lle. En pressant d'une main la base de cette éminence avec les deux doigts et en puyant un doigt de l'autre main sur le centre de cette éminence, j'y sentais une résis-ice pareille à celle d'un fluide amené à la superficie ; lorsque je lâchais les doigts, le ide présentait une surface plus étendue, plus plate et plus molle.

J'assurai le Dr Channel que c'était une hydatide qui avait été occasionnée par la rude ssion contre le banc sur lequel la malade était tombée..... L'insensibilité de la tumeur ssura que ce ne pouvait être un fluide putréfié. Il consentit à la preuve la plus com-te que je pus lui en donner : ce fut de percer la tumeur à sa superficie avec une cette ; il en sortit environ une demi-once d'eau fort limpide. La tumeur se trouva peu diminuée, mais elle était encore beaucoup plus grosse que dans son état orignaire, ù je conclus qu'elle devait contenir quelques autres hydatides qu'il n'était pas possible uvrir sans faire une opération de conséquence [1].....

Le même auteur a vu un cas analogue chez une femme de 40 ans.

On peut rapprocher de ce fait des observations de kystes contenus dans un ;ane hernié, dont la pathogénie est toute différente. Dans celle rapportée Deville [2], il s'agissait d'une femme qui avait eu, dix ans auparavant, une rnie inguinale gauche, dont un bandage avait paru amener la guérison, lorsque tumeur reparut tout à coup, sans pouvoir être réduite. Un mois plus tard symptômes d'étranglement survinrent, et Bérard pratiqua le débridement ; rouva dans le sac un ovaire présentant plusieurs petits kystes.

Lenoir a été témoin de la même méprise : dans l'aine gauche, tumeur éductible avec constipation, vomissements, tous les symptômes d'une enté-

Arnaud ; Mém. de chir., tom. II, pag. 520, obs. 21.
Deville ; Bullet. de la Société anatom., 1843, pag. 43.

rocèle étranglée. Tel fut le diagnostic de Marjolin. Un lavement de tabac produisit l'empoisonnement. A l'autopsie, on trouva que la tumeur était formée par l'ovaire contenant plusieurs kystes séreux.

Les faits que nous venons de rapporter ne sont évidemment pas des exemples d'hydrocèle, mais ils se rattachent à l'étude de cette affection, pouvant, dans des cas exceptionnels, en expliquer l'étiologie.

Le sac communiquant avec le péritoine, et déshabité, peut offrir une des variétés de l'hydrocèle, que la sérosité ait son origine dans le sac lui-même ou qu'elle vienne de la cavité péritonéale.

Obs. xii. — A l'âge de 22 ans (il y a vingt ans) la malade, bien portante, faisant ur effort pour soulever un fardeau, éprouva tout à coup de la douleur dans les reins, dan le bas-ventre, et s'aperçut de l'existence d'une tumeur du volume d'une noix, siégeant au niveau de l'orifice externe du canal inguinal droit et se dirigeant vers la partie antéro supérieure de la grande lèvre correspondante. A partir de cette époque, la tumeur, indo lente, facilement réductible, mais reparaissant au moindre effort, nécessita, pour êtr maintenue, l'application d'un bandage que la malade porta assez régulièrement pendar quelque temps.

Il y a dix ans environ, la tumeur, dont le volume s'était accru considérablement et qu était venue se loger dans la grande lèvre, cessa d'être maintenue par le bandage ; c'est-à dire que, malgré l'application du bandage, elle disparaissait par la compression ou le déci bitus horizontal, pour se reproduire et reprendre tout son volume dès que la malade levait. Peu à peu la tumeur, augmentant de volume, ne permit plus que difficilement à malade de s'asseoir, apporta une grande gêne dans l'émission des urines et dans l'accor plissement des fonctions sexuelles, circonstances diverses qui déterminèrent la malade entrer à l'hôpital, où furent constatés les phénomènes suivants :

Tumeur molle, fluctuante, volumineuse, piriforme, s'étendant de l'orifice inguir externe droit, au niveau duquel elle est rétrécie, jusqu'à l'extrémité postéro-inférieure la grande lèvre, où elle est renflée. Examinée à la lumière, la tumeur offre dans tou son étendue une transparence semblable à celle qu'offre l'hydrocèle vaginale chez l'homm

Soulevée ou comprimée, la tumeur, ainsi du reste que l'avait annoncé la malade, dir nue peu à peu de volume et disparaît complètement ; puis, lorsque la malade se lève, reprend progressivement tout son volume. Ici, deux points sont importants à note 1° dans la position verticale, la tumeur reparaît malgré la présence d'un bandage exerce sur l'orifice inguinal une pression suffisante pour empêcher l'issue de toute an intestinale ; 2° la tumeur se reproduit de bas en haut, c'est-à-dire en s'élevant peu à p du fond de la grande lèvre à l'orifice inguinal.

En haut et en avant, la portion rétrécie paraît se prolonger à travers l'orifice inguinal externe, notablement élargi, par un pédicule étroit, qu'on peut suivre du doigt et qui ne renferme pas d'anse intestinale. La malade, du reste, n'accuse aucun trouble dans les fonctions digestives; les selles sont régulières et quotidiennes.

Par son extrémité renflée, la tumeur se termine au niveau de la partie postéro-inférieure de la grande lèvre. En aucun point elle n'est adhérente aux téguments, et ceux-ci glissent facilement sur elle dans toute son étendue.

Des symptômes précédents il ressortait évidemment que la tumeur était constituée par une poche à contenu liquide, communiquant avec la cavité abdominale; aussi le chirurgien rejeta-t-il, de prime abord, toute opération, conseillant à la malade de se contenter de moyens palliatifs. Ce ne fut que sur les instances de la malade, très-désireuse d'être débarrassée de sa tumeur, que l'opération suivante fut pratiquée :

De l'orifice inguinal externe à l'extrémité postérieure de la grande lève correspondante, et sur la partie médiane de la tumeur, incision : 1° des téguments; 2° d'une couche fibreuse, résistante, épaisse de 1 millimètre environ, composée de lames superposées et tassées les unes contre les autres. Au-dessous de cette couche, on trouve la poche proprement dite qui, enveloppée de tous côtés par la couche fibreuse précédente, n'a contracté avec elle que de faibles adhérences; après la rupture de ces adhérences, la poche s'énuclée facilement dans toute son étendue et n'est plus retenue que par son pédicule, qui s'enfonce dans le trajet inguinal et dont on pratique la section à 2 centimètres environ au-dessus de la partie rétrécie. Enfin, rapprochement et réunion des deux lèvres de la plaie au moyen de quelques points de suture placés à la partie supérieure, tandis qu'une mèche de charpie est placée à la partie inférieure.

Vingt-quatre heures après l'opération : agitation, insomnie, langue sèche, face grippée, pouls petit, vif, à 120; le ventre est ballonné et douloureux à la pression ; vomissements; suintement séro-sanguinolent continu et abondant par la plaie. Ces symptômes s'aggravent jusqu'à la mort de la malade, qui a lieu quarante-huit heures après l'opération. Il n'y a pas d'autopsie, le corps étant réclamé par la famille.

Anatomie pathologique de la tumeur. — Envisagée avec la portion de son pédicule qu'on a enlevée, la tumeur se présente sous la forme d'une bourse dont la partie supérieure, celle qui s'enfonçait dans le canal inguinal, plus courte et plus étroite, serait séparée de la partie inférieure, plus longue et renflée, par un rétrécissement situé au niveau de l'orifice inguinal externe, point sur lequel portait le bandage. Tumeur allongée, piriforme, ayant dans sa plus grande longueur 14 cent. sur 8 cent. de diamètre au niveau de la partie renflée.

La face externe de la poche est lisse; elle présente les traces des adhérences faibles qui unissaient à l'enveloppe fibreuse sous-cutanée. La face interne est lisse, polie, luisante dans toute son étendue, si ce n'est cependant au voisinage de sa portion rétrécie, où elle

est plissée, réticulée, et forme une espèce de treillis au centre duquel existe un orifice circulaire d'un millimètre et demi de diamètre, qui établit une communication entre la cavité de la poche et celle de son pédicule.

L'aspect des surfaces interne et externe de la portion du pédicule enlevée est le même que celui de la poche. Sa cavité, dans laquelle peut pénétrer le petit doigt, communique, d'une part avec celle de la poche par l'orifice mentionné ci-dessus, d'autre part avec la cavité péritonéale, ainsi que le montrent la facilité avec laquelle la tumeur disparaissait et se reproduisait, et l'écoulement séro-sanguinolent après l'opération. En aucun point du pédicule, soit en dedans, soit en dehors de sa cavité, on ne trouve de traces du ligament rond.

Examinée au microscope, la paroi de la poche et celle du pédicule offrent une couche externe composée de fibres conjonctives et élastiques, une couche interne formée par un épithélium pavimenteux semblable à celui du péritoine.

A l'ouverture de la poche, issue d'un verre environ d'un liquide séreux, non filant, semblable à celui de l'hydrocèle chez l'homme. Traité par la chaleur ou par l'acide nitrique, ce liquide donne un précipité albumineux assez abondant.

Le retrécissement et la disposition réticulée de la surface interne du collet, les stigmates, nous permettent de reconnaître le même siége à l'hydrocèle observée par Lallemand, et considérée par lui comme développée dans le ligament rond.

Obs. xiii. — Sur une hydatide dont le siége était dans le ligament rond de la matrice, et qui se propageait dans la cavité abdominale.—Une femme âgée de cinquante ans, réfugiée dans l'hospice national, ci-devant de la Salpêtrière, se croyait attaquée de deux hernies inguinales. Elle portait, depuis plus de quinze ans, dans les aines, deux tumeurs d'un égal volume, d'une figure ovale et sans transparence. Ces deux tumeurs, qui descendaient jusque dans les grandes lèvres, étaient molles et complètement réductibles; mais une sorte de fluctuation accompagnait celle du côté droit. Lorsque, après la réduction, on portait les doigts sur les deux anneaux, on les sentait fort dilatés; lorsqu'on cessait la compression, les deux tumeurs reparaissaient, la droite avec plus de vitesse que la gauche. Malgré cette tendance des parties à ressortir de la cavité abdominale, on les y retenait facilement du côté gauche, même en donnant un petit écartement aux deux doigts qui serraient le sac auprès de l'anneau; mais du côté droit, l'écartement le plus léger les laissait échapper à l'instar d'un fluide.

D'après ce dernier signe, d'après la fluctuation sourde et malgré le défaut de transparence, je jugeai que l'une de ces tumeurs était une hydatide. Tout annonçait qu'il existait une hernie de l'autre côté.

En effet, la malade étant morte d'une affection scorbutique, je fis l'ouverture de son ca-

davre, et je trouvai du côté gauche un sac herniaire qui contenait un anse de l'intestin iléon. Ayant mis à découvert le sac du côté droit, j'en fis sortir par une incision à peu près une once et demie d'une sérosité qui, par sa couleur citrine et sa forte odeur, ressemblait assez bien à l'urine. Je poussai mon examen plus loin, et je vis que le kyste se prolongeait dans la cavité abdominale; que sa portion interne avait deux travers de doigt de profondeur; que le fond de cette portion dépassait le détroit supérieur du petit bassin; que son entrée était séparée de la portion externe par un retrécissement sensible; que l'intérieur du kyste offrait un aspect semblable à celui que les fibres de la vessie donne au bas-fond de ce viscère, et que ses parois, assez minces dans la portion interne, présentaient dans l'externe une épaisseur considérable, qui sans doute avait produit l'opacité de la tumeur[1].

Dans les deux observations qui précèdent, la communication du sac avec la cavité abdominale était une contre-indication formelle à toute intervention chirurgicale. Malheureusement il est parfois impossible de constater cette communication sur le vivant, parce qu'elle peut être établie par un pertuis sans que la tumeur soit réductible; on comprend les conséquences fâcheuses qui peuvent en résulter pour le traitement. Chassaignac en a vu un cas[2], et cette remarque n'a pas échappé à Verneuil[3].

Obs. xiv. — Le 5 février 1690, l'on apporta à l'Hôtel-Dieu une malade âgée de 22 ans qui avait la fièvre, de grands vomissements, et le bas-ventre fort tendu et fort douloureux. Après l'avoir un peu questionnée sur son mal, je connus par ses réponses qu'elle avait eu depuis deux ans une descente qui rentrait au-dedans, et s'en échappait facilement dans les commencements; mais que, sa tumeur n'étant pas rentrée depuis six mois, elle n'avait pas laissé pour cela de porter son brayer.

Je lui ôtai son bandage pour voir et toucher la tumeur de l'aine, qui me parut d'un caractère assez douteux; de sorte qu'après avoir fait inutilement quelques tentatives pour la réduire, néanmoins sans violence, jugeant cette tumeur plutôt humorale que partiale, je me contentai d'y faire appliquer les émollients joints aux résolutifs, pour agir ensuite selon l'effet qu'ils pourraient produire; mais la violence de la fièvre l'ayant emportée deux jours après, je fis l'ouverture de son cadavre.

Après l'ouverture faite aux téguments du bas-ventre, tant communs que propres, j'aperçus une quantité d'eau considérable épanchée dans la capacité, les intestins tout gan-

[1] Mémoires de la Société méd. d'émulat., an VIII, tom. III, pag. 321.
[2] *Loc. cit.*, obs. I.
[3] Diction. encycl., tom. II, art. *Aine*.

grenés et chargés de purulence dans leur surface. J'observai de plus un épanchement particulier de sérosité dans la cavité de l'hypogastre, qui est formée par la reduplicature du péritoine, et dans laquelle la vessie et la matrice sont contenues; et je marquai les vestiges d'une grande inflammation à ces deux viscères.

J'ouvris après cela la tumeur de l'aine, où je trouvai un bon demi-setier d'eau, contenue dans une poche pareillement formée du péritoine, et j'y aperçus une très-petite ouverture par laquelle la sérosité répandue dans cette poche communiquait avec les eaux qui étaient épanchées dans le bas-ventre. Enfin, les ligaments ronds de la matrice passaient par-dessous cette tumeur. On peut conjecturer que le trou de la descente s'étant à peu près consolidé, la sérosité contenue dans cette poche s'y était épanchée peu à peu du bas-ventre, par la petite ouverture que l'on y remarquait, comme je viens de le dire[1].

L'observation de Paletta manque de détails suffisants; nous ne savons pas si la tumeur était réductible et si des tentatives de réduction furent faites. Il nous semble que si la réduction eût été possible, l'auteur eût été plus explicite et aurait noté cette particularité. Quoi qu'il en soit, la poche communiquait avec la cavité abdominale, et nous nous garderions de supposer, avec Velpeau, que le chirurgien a pratiqué lui-même une communication artificielle.

Obs. xv. — Une femme atteinte d'aliénation mentale portait dans l'aine gauche une tumeur ovoïde, lisse, à peine douloureuse et rénitente comme une vessie remplie de liquide ; cette tumeur était située obliquement au-dessus de l'aine gauche et se terminait en bas et en dedans à la partie supérieure de la grande lèvre de ce même côté. Quoique tous les signes qui annoncent une hernie intestinale manquassent chez cette malade, néanmoins plusieurs médecins pensèrent que telle était la nature de la tumeur. En effet, quelques mois auparavant on avait observé dans la même région une tumeur du volume d'une noisette, que la compression faisait disparaître, et cette circonstance avait fait décider qu'il y avait déplacement de l'intestin. En conséquence de cette opinion, l'opération fut pratiquée comme pour une hernie, et fit mettre à découvert un sac distendu par une énorme quantité de sérosité jaunâtre et qui ne renfermait rien autre chose ; la surface interne de cette cavité était rugueuse. En portant le doigt dans la partie supérieure de ce sac, on trouva son orifice, ou l'anneau inguinal, sensiblement dilaté, et, pour peu qu'on pressât, l'extrémité du doigt pénétrait dans la cavité du ventre. Ce sac, ouvert longitudinalement, fut rempli ensuite

[1] Saviard; Observ. chirurg., pag. 120, obs. 22.

par quelques plumasseaux de charpie soutenus par un bandage; la suppuration ne tarda pas à s'établir, et depuis la cicatrisation, qui s'opéra rapidement, il n'y a pas eu récidive de a tumeur aqueuse[1].

Les observations renfermées dans ce chapitre et celles qui, disséminées illeurs (Obs. I, II, IV.), sont des exemples de la même affection, établissent l'une façon incontestable l'existence de l'hydrocèle herniaire. La conclusion a plus importante qui ressort de ces faits, c'est qu'une division est nécessaire u point de vue de la symptomatologie et de la thérapeutique. Le sac herniaire st vide ou habité ; dans ce dernier cas, on peut avoir affaire à un épanchement séreux autour de l'organe, ou à un kyste de l'organe lui-même. Cette livision, toute naturelle qu'elle soit, ne nous paraît pas cependant devoir être doptée, car la sérosité ne constitue, dans le sac habité, qu'un épiphénomène t ne devient pas la source de l'indication principale. C'est un caractère beaucoup plus important qui doit servir de base à la classification, et qui seul justifie 'intervention des chirurgiens, lorsque des complications ne surgissent pas, ui pourraient rendre une opération urgente ; nous voulons parler de l'oblitération du collet du sac. Nous diviserons, par conséquent, les collections éreuses du sac herniaire en trois groupes :

1° Hydrocèle dans un sac herniaire dont le collet est oblitéré ;

2° Hydrocèle dans un sac herniaire isolé de la cavité péritonéale par des dhérences de l'organe qui obstrue l'orifice de communication (épiploon) ;

3° Hydrocèle communiquant avec la cavité péritonéale.

CONCLUSIONS.

Nous avons examiné les diverses tumeurs séreuses de la grande lèvre conondues sous le nom impropre d'hydrocèle, et nous pensons avoir suffisamment tabli que ce terme générique doit être rejeté, parce qu'il réunit dans un nême groupe des tumeurs dissemblables et les assimile à l'hydrocèle de homme, qui n'a rien de commun avec ces collections séreuses. L'hydrocèle

[1] Palletta, *in* Sacchi, *loc. cit.*, pag. 378.

du ligament rond et celle du canal de Nuck auraient seules pu conserver leur dénomination; mais l'anatomie et les faits pathologiques ne nous ont pas permis de les admettre.

Nous ne reviendrons pas sur les motifs que nous avons fait valoir à propos de chaque collection séreuse en particulier; qu'il nous suffise d'énumérer celles qui nous paraissent devoir être admises, à l'exclusion des autres:

Kyste hématique transformé,

Hygroma,

Kyste ou pseudo-kyste herniaire.

Diagnostic et Traitement.

La séméïologie et la thérapeutique des collections séreuses de la vulve variables pour chaque espèce, ressortent clairement des nombreuses observations que nous avons rapportées, et notre intention n'est pas d'entrer dan tous les détails que cette double question comporterait. Nous voulons seulemen présenter quelques remarques. En présence d'une tumeur séreuse de l'ain ou de la vulve, un fait capital doit éveiller tout d'abord l'attention du chirur gien : Y a-t-il eu, à une époque antérieure, une tumeur réductible, maintenu régulièrement ou non par un bandage? Il serait oiseux d'insister sur l'im portance de cet antécédent.

La distinction établie par Morpain entre les kystes séreux qui se déve loppent au sommet de la grande lèvre et ceux qui en occupent la parti inférieure ou postérieure, est essentiellement pratique, pourvu toutefoi qu'on n'oublie pas que le kyste herniaire, tout en ayant son point de départ a niveau de l'orifice inguinal externe, ou dans le canal inguinal, envahit pro gressivement la grande lèvre et peut occuper toute l'étendue de ce repl Cette réserve faite, le mode de développement de haut en bas s'appliquera a kyste herniaire, tandis que le développement de bas en haut caractérisera l kyste hématique ou l'hydropisie d'une bourse séreuse.

Il n'en est plus de même de la collection séreuse communiquant avec l cavité abdominale, du pseudo-kyste herniaire. Le liquide peut, il est vrai, agi à la manière d'une anse intestinale qui entraîne de plus en plus le péritoine

mais, en s'accumulant, il n'augmente pas de tension et ne refoule pas en bas les parois du sac, puisque la poche qui le contient présente un orifice libre. Le diagnostic, pour cela, ne perd pas de sa certitude, et le pseudo-kyste est bien plus facile à déterminer que le kyste herniaire : outre son siége et sa direction (en bas et en dedans), il présente un caractère particulier, sa réductibilité jointe à l'impossibilité de le maintenir réduit ; la tumeur se reforme toujours de bas en haut ; cette disposition, qui a été notée dans l'observation XII, dépend d'une cause toute physique.

Quelquefois cependant la tumeur est irréductible, malgré l'existence d'une communication. Le diagnostic repose alors sur les mêmes éléments que dans les cas de kyste herniaire, et le seul point qui reste douteux, c'est l'existence de la communication.

A propos du traitement des collections séreuses de la grande lèvre, nous ne discuterons pas tous les moyens applicables à ces tumeurs situées dans d'autres régions ; quand le kyste a pour origine une hématocèle, quand il a pour siége une bourse séreuse, les modes de traitement qui s'adressent, en général, à ces affections, trouvent encore ici leur application. Mais le plus souvent, la sérosité est épanchée dans un sac herniaire et l'opportunité du traitement devient la question dominante, bien avant le choix des moyens. Velpeau[1] a pratiqué des injections dans des sacs herniaires non fermés. Malgré l'autorité de cet illustre chirurgien, et quoique ses deux essais n'aient pas eu de conséquences funestes, la réductibilité de la tumeur nous paraît être une contre-indication à toute opération, même palliative. Nous pensons même que dans les cas où la collection est enkystée ou paraît l'être, l'abstention, au moins temporaire, sera utilement conseillée. Il faut se rappeler qu'il peut exister encore un pertuis de communication[2], et qu'il y a entre le sac oblitéré

[1] Recherches sur les cavités closes, pag. 119.

[2] Abeille fait remarquer que l'espèce de barrage qui s'oppose à la réduction de tumeurs non enkystées s'oppose à la pénétration de l'injection dans la cavité péritonéale. Il est difficile de savoir jusqu'à quel point cette assertion est fondée, et nous ne pouvons nous défendre d'une certaine défiance. En tout cas, il est une précaution nécessaire, même lorsque de nombreuses tentatives de réduction ont été vaines : c'est la compression au niveau de l'anneau inguinal externe et sur la plus grande longueur possible, pendant qu'un aide pousse l'injection.

et le péritoine une continuité de tissu établie par le pédicule et favorable à la propagation de l'inflammation. Dans sa classification des tumeurs séreuses de l'aine, Duplay établit une ligne de démarcation entre les kystes primitivement indépendants du péritoine et ceux dont l'isolement est consécutif; cette classification, bonne à tous les points de vue, présente cet avantage, qu'elle impose d'elle-même une réserve pour le traitement des kystes de cette seconde catégorie. Il résulte de la disposition signalée un peu plus haut, que le kyste herniaire doit être respecté tout autant qu'il ne devient pas, par son volume, une cause d'empêchement fonctionnel; plus l'intervention chirurgicale sera tardive, plus l'isolement sera parfait. La malade pourrait, en attendant, porter régulièrement un bandage qui, par le frottement et la pression, rendrait plus complète l'oblitération commencée.

Deux circonstances nous détermineraient à agir :

1o Les complications. Lorsque la poche s'enflamme, les symptômes, tant locaux que généraux, peuvent simuler l'étranglement; cet accident, bien décrit par Chassaignac, devient la source de l'indication la plus pressante, et il convient d'inciser et de vider la tumeur.

2o Le grand volume de la tumeur. La gêne qui en résulte, et pour la marche, et pour l'émission des urines, et pour l'accomplissement des fonctions sexuelles, autorise une opération.

L'innocuité de l'opération doit entrer tout d'abord en considération; non pas qu'une opération inutile doive jamais être pratiquée parce qu'elle est innocente, mais il vaudrait mieux s'exposer à renouveler plusieurs fois une opération bénigne, restée sans succès, que de recourir d'emblée à une opération plus efficace, mais plus dangereuse. C'est donc à la ponction simple, ou suivie d'une injection irritante, que nous aurions recours, et, malgré la récidive, nous serions peu disposé à pratiquer l'incision de la tumeur.

FIN.

Vu bon à imprimer.
Le Président-Censeur,
ANGLADA.

Permis d'imprimer.
Le Recteur de l'Académie,
AL. DONNÉ.

QUESTIONS TIRÉES AU SORT

AUXQUELLES LE CANDIDAT RÉPONDRA VERBALEMENT.

(Arrêté du 22 mars 1842.)

Chimie médicale et Pharmacie.

De la vapeur d'eau contenue dans l'atmosphère, et des causes qui la font varier.

Chimie générale et Toxicologie.

De l'empoisonnement par l'acide azotique. Faire connaître l'action de cet acide sur l'économie animale, et les symptômes particuliers à l'empoisonnement qu'il produit; décrire les lésions qui en résultent.

Botanique et Histoire naturelle médicale.

De la valeur proportionnée des caractères des plantes dans le but du perfectionnement de la méthode naturelle de la classification végétale.

Anatomie.

Du tissu jaune élastique au point de vue de son organisation.

Physiologie.

La déclaration que le dynamisme humain est distinct de l'agrégat matériel, et qu'il doit être considéré seulement comme cause des phénomènes de la vie humaine, avec abstraction de son essence : cette déclaration est-elle une hypothèse ?

Pathologie et Thérapeutique générales.

Qu'est-ce qu'une diathèse ?

Pathologie médicale ou interne.

Des embarras gastriques.

Pathologie chirurgicale ou externe.

Des maladies de la cornée transparente.

Thérapeutique et Matière médicale.

Des indications dans les maladies compliquées.

Opérations et Appareils.

De l'opération de la hernie étranglée.

Médecine légale.

Diagnostic médico-légal de l'aliénation mentale.

Hygiène.

De la prophylactique appliquée aux maladies épidémiques.

Accouchements.

De la délivrance dans les grossesses gémellaires.

Clinique interne.

Le quinquina convient-il également dans les rémittentes et dans les intermittentes?

Clinique externe.

Du diastasis.

Titre de la Thèse à soutenir.

Des tumeurs de la grande lèvre, improprement appelées hydrocèle de femme.

FACULTÉ DE MÉDECINE.

Professeurs.

MM.	
BÉRARD, O. ✻, DOYEN.	*Chimie générale et Toxicologie.*
RENÉ ✻, C. ✠.	*Médecine légale.*
BOUISSON, O. ✻, C. ✠.	*Clinique chirurgicale.*
BOYER, ✻.	*Pathologie externe, Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.*
DUMAS ✻.	*Accouchements.*
FUSTER.	*Clinique médicale.*
JAUMES ✻.	*Pathologie et Thérapeutique générales.*
MARTINS ✻, ✠✠.	*Botanique et Histoire naturelle.*
DUPRÉ ✻, C. ✠.	*Clinique médicale.*
BENOIT ✻.	*Anatomie, Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.*
ANGLADA, PRÉSID.	*Pathologie médicale.*
COURTY, *Exam.*	*Clinique chirurgicale.*
BÉCHAMP.	*Chimie médicale et Pharmacie.*
ROUGET.	*Physiologie.*
COMBAL ✻.	*Thérapeutique et Matière médicale.*
FONSSAGRIVES, O ✻.	*Hygiène.*
MOUTET.	*Opérations et Appareils.*

Professeur honoraire.

M. LORDAT, C. ✻.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
QUISSAC, *Examin.*	CAVALIER.
BOURDEL.	CASTAN.
GIRBAL.	BATLLE.
GARIMOND.	ESPAGNE.
JACQUEMET, *Examin.*	SAINTPIERRE.
MOITESSIER.	ESTOR.
GUINIER.	....
PÉCHOLIER.	

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses!
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!